ZARDUNA SCHULE | Zardunastr. 16 | 79199 Kirchzarten

Sonderpädagogisches Bildungs-
und Beratungszentrum

Zardunastr. 16

79199 Kirchzarten

Tel. 07661/61196

Fax 07661/912952

poststelle@zarduna.schule.bwl.de
www.Zarduna-Schule.de

#

# Erläuterung zur Anfrage Beratung und Unterstützung

Mit dieser Anfrage können Sie Leistungen aus dem Bereich der sonderpädagogischen Dienste in der Region Breisgau-Hochschwarzwald beantragen. Dies umfasst **Beratung und Unterstützung** für einen einzelnen Schüler/ eine Schülerin.

Bitte füllen Sie dieses Formular **so vollständig wie möglich am PC** aus. Die Textfelder sind beliebig lang.

Senden Sie das Formular an das zuständige Sonderpädagogische Bildungs- und Beratungszentrum **(SBBZ)** der Schule bzw. des betreffenden Schülers/ Schülerin:

[x]  **Sonderpädagogisches Bildungs- und Beratungszentrum Zarduna-Schule;
Zardunastraße 16; 79199 Kirchzarten, Fax: 07661-912952**

zuständig für: Abt-Steyer-Schule St. Peter, Grundschule am Dorfplatz Stegen, Grundschule Eschbach-Stegen, Tarodunum-Schule Burg, Michaelschule Oberried, Grundschule Kirchzarten, Sommerbergschule Buchenbach, WRS Dreisamtal (und Außenstelle Stegen), Realschule am Giersberg Kirchzarten

[x]  **Sonderpädagogisches Bildungs- und Beratungszentrum Lessingschule;
Lessingstraße 1; 79100 Freiburg**

zuständig für: Förderschwerpunkt emotionale und soziale Entwicklung (Beratung und Unterstützung)

**Deckblatt zur Anfrage auf Beratung / Unterstützung/ Prüfung eines Anspruchs auf sonderpädagogisches Bildungsangebot**

**Absender**

|  |  |
| --- | --- |
| Name / Anschrift Schule | Klicken Sie hier, um Text einzugeben |
| Name Lehrkraft |  |
| Telefon Lehrkraft |  |
| E-Mail Lehrkraft |  |

**Anfrage auf** (bitte entsprechende Anlagen beifügen)

Allgemeine Beratung (nur Deckblatt)

Beratung und Unterstützung im Einzelfall (bitte Anlagen ausfüllen und

 **Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsang**

anhängen)

Feststellung des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot (Einschulung)

 **Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsang**

 **Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsang**

 Feststellung des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot (Schule)

**Fragestellung / Erwartung**

|  |
| --- |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben |

**Datum**

|  |
| --- |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben |

**Unterschrift Lehrkraft & Schulleitung**

|  |
| --- |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben |

#

# Anlage A für Beratung und Unterstützung im Einzelfall

Daten des Kindes

|  |  |
| --- | --- |
| Name des Kindes: | **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.** |
| Geburtsdatum: | **Klicken Sie hier, um Text einzugeben.** |
| Geburtsort: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Staatsangehörigkeit: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Konfession: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Muttersprache: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Name der Erziehungsberechtigten: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Anschrift der Erziehungsberechtigten: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefonnummern der Erziehungsberechtigten: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

vorschulische Einrichtungen (Kindergarten, Schulkindergarten, GFK)

|  |
| --- |
| Besuchszeiten und Name der Einrichtung und Anschrift der Einrichtung, Name der Bezugserzieherin |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

bisherige Schullaufbahn

|  |
| --- |
| Schuljahr, Name der Schule, Klassenlehrerin |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

Schulische Unterstützungssysteme

|  |  |
| --- | --- |
|  | Name/Anschrift/Telefon/Maßnahme |
| Beratungslehrkräfte (Lern-/Leistungsprobleme, emotional/motivationale Probleme, Probleme im Sozialverhalten,…) | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Schulsozialarbeit  | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Fachdienst Autismus | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Sonstiges | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

Besonderer Förderbedarf

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Maßnahmen | durchgeführt von |
| LRS | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Dyskalkulie | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| ADHS | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

beteiligte Fachdisziplinen

|  |  |
| --- | --- |
|  | Name/Anschrift/Telefon |
| Ärzte | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Therapeuten | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Kommunaler Sozialer Dienst (Jugendamt) | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Eingliederungshilfe | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Hort | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Sonstiges | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

Folgende Therapien wurden durchgeführt

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zeitraum | Art der Therapie | durchgeführt von |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

Familiäre Situation

z. B.: seit wann ist das Kind in Deutschland, Sprache zuhause, Deutschkenntnisse der Eltern, Geschwister (auch Konstellation), Freizeitverhalten, biografische Angaben

|  |
| --- |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

Erscheinungsbild/Persönlichkeit

z.B.: Größe, Statur, Charakter, Kleidung……

|  |
| --- |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

Sinnestüchtigkeit

z. B.: Auffälligkeiten in der Hör- und Sehfähigkeit, fachärztliche Abklärung

|  |
| --- |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

Stärken im schulischen Bereich

|  |
| --- |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

Stärken im außerschulischen Bereich

|  |
| --- |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

Lern- und Arbeitsverhalten in der Schule

|  |
| --- |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

Sozialverhalten/Kontaktaufnahme

|  |
| --- |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

Deutsch & bisher erfolgte Fördermaßnahmen in Deutsch

|  |
| --- |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

Mathematik & bisher erfolgte Fördermaßnahmen in Mathematik

|  |
| --- |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

Mitarbeit/Interesse in Sachfächern

|  |
| --- |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

Grob- und Feinmotorik

|  |
| --- |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

Wahrnehmung

visuell, auditiv,…

|  |
| --- |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

Elternarbeit/Sichtweise der Eltern

|  |
| --- |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

Sonstiges

Besondere Interessen, Vereine, usw.

|  |
| --- |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

#

# Anlage B Einwilligungserklärung der Sorgeberechtigten zur Unterstützung und Beratung im Rahmen der sonderpäd. Dienste

Mir/uns ist bekannt, dass die Einwilligung vollkommen freiwillig ist und eine erteilte Einwilligung jederzeit widerrufen werden kann, ohne dass dies Nachteile für mich/uns oder mein/unser Kind mit sich bringt.

Die Einwilligung kann verweigert werden. Dieser Vordruck braucht nicht (unterschrieben) zurückgegeben werden, wenn keine Einwilligung erteilt wird.

Ich/Wir hatte/n Gelegenheit, Fragen zu stellen und habe/n darauf Antwort erhalten.

Name des Kindes, Geburtsdatum: ……………………………………………………………..

Name der Sorgeberechtigten: …………………………………………………………………..

Anschrift, Telefon: ………………………………………………………………………………..

\*Datum, Unterschrift Mutter/Sorgeberechtigte Unterschrift Vater/Sorgeberechtigter

\*Die Unterzeichnung hat immer durch alle vorhandenen Personensorgeberechtigten zu erfolgen, es sei denn, die personensorgeberechtigten Eltern leben getrennt und das Kind hält sich mit Einwilligung des einen Elternteils oder auf Grund einer gerichtlichen Entscheidung gewöhnlich bei dem anderen Elternteil auf. In diesem Fall genügt die Unterschrift desjenigen Elternteils, bei dem sich das Kind aufhält.

# Anlage C Schweigepflichtentbindung

Ich bin /Wir sind damit einverstanden, dass die Mitarbeiterin/der Mitarbeiter die/der mit **der Unterstützung und Beratung** im Rahmen der sonderpädagogischen Dienste beauftragt ist, folgende Daten / Befunde und Berichte über

mein / unser Kind .........................................

[ ]  Entwicklungsberichte / Abschlussberichte: ..……...........................................................

[ ]  Befunde und Berichte: ..............................................................................

[ ]  Ergebnisse aus der Diagnostik: ………………...............................................................

[ ]  Gesprächsprotokolle mit / vom: ......................................................................................

[ ]  Sonstiges: ………………...............................................................

zum Zwecke der Beratung und Unterstützung einholen darf.

Hiermit befreie(n) ich /wir nachstehend genannte Ärzte, Kliniken, Therapeuten, Einrichtungen etc. von der Schweigepflicht gegenüber o.g. Mitarbeiterin/Mitarbeiter der Sonderpädagogischen Dienste.

o Kinderarzt/ärztin/ Facharzt/ärztin .......................................................................................

o Kliniken/SPZ ......................................................................................

o Physiotherapeut/in .......................................................................................

o Ergotherapeut/in ......................................................................................

o Heilpädagoge/in ......................................................................................

o Logopäde/in … ......................................................................................

o Beratungsstellen ......................................................................................

o KSD ......................................................................................

o aufnehmende Schule ......................................................................................

o Sonstige ......................................................................................

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass Informationen und Gutachten, die im Interesse der Förderung des Kindes liegen, mit von mir/uns oben namentlich genannten Personen und Institutionen ausgetauscht werden. Die Mitarbeiter/innen der sonderpäd. Dienste sind verpflichtet, die Informationen vertraulich zu behandeln. Sie unterliegen der Schweigepflicht und den datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

\*Datum, Unterschrift Mutter/Sorgeberechtigte Unterschrift Vater/Sorgeberechtigter

\*Die Unterzeichnung hat immer durch alle vorhandenen Personensorgeberechtigten zu erfolgen, es sei denn, die personensorgeberechtigten Eltern leben getrennt und das Kind hält sich mit Einwilligung des einen Elternteils oder auf Grund einer gerichtlichen Entscheidung gewöhnlich bei dem anderen Elternteil auf. In diesem Fall genügt die Unterschrift desjenigen Elternteils, bei dem sich das Kind aufhält.