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 im Bereich Matheförderung

Mit dieser Anfrage können Sie Leistungen der sonderpädagogischen Dienste der Zarduna-Schule beantragen. Dies umfasst **Beratung und Unterstützung** für einen einzelnen Schüler/ eine Schülerin im Bereich Mathematik.

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

Senden Sie das Formular an das Sonderpädagogische Bildungs- und Beratungszentrum **(SBBZ) Zarduna-Schule** zurück.

**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, (Grundschule St. Märgen)

**Deckblatt zur Anfrage auf Beratung und Unterstützung**

**Absender**

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

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

Beratung und Unterstützung im Einzelfall (bitte Anlagen ausfüllen und

**Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsang**

anhängen)

**Anlass der Anfrage**

|  |
| --- |
| Förderung im Bereich Mathematik im Rahmen der Mathebausteine an der Zarduna-Schule Kirchzarten. |

**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 (BITTE ausführlich!)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Maßnahmen | durchgeführt von |
| **Mathematik** | **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. |

# 

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

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.

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.