|  |
| --- |
| **Antrag auf Feststellung/Weiterbewilligung/Änderung****des SBA mit Lernortklärung** |
| Baden-WürttembergSTAATLICHES SCHULAMT MARKDORF | [ ] **Feststellung** (Anlage: Sonderpädagogisches Gutachten des SBBZ)[ ] **Weiterbewilligung** (Anlage: fachliche Stellungnahme des SBBZ)[ ] **Änderung des SBA:** (Anlage: fachliche Stellungnahme des SBBZ)[ ] Wechsel des Förderschwerpunktes/Bildungsganges[ ] Wechsel Inklusion/Kooperative Organisationsform/SBBZ[ ] Schulwechsel [ ]  Wechsel teilstationär/stationär[ ] Aufhebung |

SBBZ

 An das

Staatliche Schulamt Markdorf

Am Stadtgraben 25

88677 Markdorf

Gutachter/in

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Aktuelle Daten Schüler/in**  | Name |  |
| Vorname | Nationalität |  |  |
| Geburtsdatum |  | [ ] weibl. [ ] männl. [ ] div. |
| zuständige Schule |  |
| Schulbesuchsjahr |  |
| **Sorge-berechtigte** | Sorgeberechtigte (Mutter, Vater, Vormund) | [ ]  | [ ]  |
| Name, Vorname |  |  |
| Adresse |  |  |
| Telefon |  |  |
| E-Mail |  |  |
| **Gemeinsame Empfehlung für die zukünftige Beschulung**(Schule, Eltern, ggf. Kostenträger) | Lernort/Name der Schule | [ ] allg. Schule |
| Organisationsform | [ ] SBBZ [ ] Kooperative Organisationsform  [ ] Inklusion  |
| Förderschwerpunkt |  |
| künftige Klassenstufe/ Bildungsgang |  |
| Aufnahmedatum |  |
| Befristungsvorschlag |  Ende Schuljahr  |
| **Weitere Angaben** Privatschule | Betreuungsform | [ ] extern/teilstationär [ ] vollstationär |
| Kostenträger/ Sachbearbeiter/in |  |
| Kostenzusage bis |  |

Diese Antragstellung entspricht dem Wunsch aller Sorgeberechtigten. [ ]

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Schulleitung des SBBZ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Sonderpädagogisches Gutachten****Bei Antrag auf Feststellung des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot** |

|  |
| --- |
|  |
| *Fördernde und hemmende Faktoren in folgenden Bereichen:* |
| **Anlass***Fragestellung für den Sonderpädagogischen Dienst und aktuelle Situation in Schule/Kindertagesstätte* |
|  |
| **Eindruck vom Kind***z.B. freundlich, offen, zurückgezogen etc.* |
|  |
| **Körperfunktionen***Diagnostik der Gesundheitsaspekte (Wahrnehmung, Hören, Sehen, chronische Erkrankungen Sprechen, Motorik, Intelligenz etc.)* |
|  |
| **Kompetenzen und deren Auswirkung auf Aktivität und Teilhabe** *Lernen und Wissensanwendung (Deutsch, Mathematik etc.), Kommunikation, Interaktion, Mobilität, Selbstversorgung* |
|  |
| **Personenbezogene Faktoren und deren Auswirkungen auf Aktivität und Teilhabe***Anamnestische Darstellung: Motivation, Selbstbild, Verhaltensmuster, Gewohnheiten, Bewältigungsstile, Umgang mit Behinderung, besondere Fähigkeiten, Begabungen und Interessen etc.* |
|  |
| **Umweltfaktoren und deren Auswirkungen auf Aktivität und Teilhabe***Familiäre Situation, häusliches Umfeld, relevante Besonderheiten der Kindheit, kultureller Hintergrund, Einstellungen, Religion, Tagesablauf/Rituale, Hobbys, Vereine, Freunde, andere Unterstützungssysteme oder Hilfen etc.* |
|  |
| **Benötigte Unterstützung***Hilfsmittel, Rahmenbedingungen, besondere Fördermaßnahmen, zusätzliche Hilfen* |
|  |
| **Wunsch der Sorgeberechtigten***Elterlicher Erziehungsplan* |
|  |

|  |
| --- |
| **Zusammenfassung und Empfehlung**Der Bildungsanspruch für Aktivität und Teilhabe wird aus dargestellter Datenlage abgeleitet:* Es besteht ein sonderpädagogischer Bildungsanspruch im Förderschwerpunkt...
* Es besteht ein sonderpädagogischer Bildungsanspruch im Bildungsgang…
* Es besteht kein sonderpädagogischer Bildungsanspruch
* Elternwunsch (SBBZ, Inklusion, Lernort), gegebenenfalls gemeinsame Empfehlung
 |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Lehrkraft der Sonderpädagogik** |
|  |  |
| Nachname, Vorname | Dienstbezeichnung |
|  |  |
| Ort, Datum  | Unterschrift Lehrkraft der Sonderpädagogik |
|  |  |
| Ort, Datum  | Unterschrift Schulleitung des SBBZ |

Baden-Württemberg

SSA - Markdorf

**Anhang Elterngespräch**

**zum sonderpädagogischen Gutachten bei Feststellung**

**zur schulischen Stellungnahme bei Weiterbewilligung/Änderung**

|  |  |
| --- | --- |
| Name/ Vorname des Kindes/Jugendlichen | Geburtsdatum |
| Ort/Datum/Zeit des Gesprächs | Teilnehmer/innen |
| **Das Gutachten wurde mit den Sorgeberechtigten ausführlich besprochen. Fragen zum Gutachten konnten geklärt werden.** |
|  |
| **Die Sorgeberechtigten haben sich zu den Inhalten des Gutachtens wie folgt geäußert:** |
|  |
| **Falls ein Anspruch festgestellt wird, haben die Sorgeberechtigten Interesse an folgender Maßnahme:** |
| [ ]  Aufnahme im SBBZ |
| [ ]  in der kooperativen Organisationsform an der |
|  |  |
| [ ]  inklusive Beschulung (Schulname und Ort) |
|  |  |
|  |
|  |
| Gesprächsleiter bzw. begutachtende Lehrkraft |
| Datum | Unterschrift |