|  |  |
| --- | --- |
| **Antrag auf Feststellung/Weiterbewilligung/Änderung**  **des SBA mit Lernortklärung** | |
| Baden-  Württemberg  STAATLICHES 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 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| An das  Staatliche Schulamt Markdorf  Am Stadtgraben 25  88677 Markdorf | | | SBBZ | |
|  | | | 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 | |