|  |
| --- |
| **Sonderpädagogischer Dienst**  **Meldung eines sonderpädagogischen Beratungs- / Unterstützungsbedarfs**  Diese Meldung geht direkt an das zuständige Sonderpädagogische Bildungs- und Beratungszentrum.    (Name des zuständigen SBBZ) |
| **Rechtsgrundlage:** Feststellung des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Beratungs-, Unterstützungs- und Bildungsangebot gemäß §§82 und 83 des Schulgesetzes von Baden-Württemberg (geändert am 1. August 2015) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Schüler / Schülerin** | | | |
| Familienname | | Vorname | |
| Geburtsdatum | Staatsangehörigkeit | Schule | Klasse |
| Name der Schulleitung | | Name der Lehrkraft | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Erziehungsberechtigte**  Mutter  Vater  beide Elternteile | |
| Name der Mutter | Name des Vaters |
| ggf. Vormund / andere Sorgeberechtigte / Angaben über Sorgerecht | |
| Straße | Straße |
| PLZ Wohnort | PLZ Wohnort |
| Telefon-Nummer | Telefon-Nummer |
| Handy-Nummer | Handy-Nummer |
| E-Mail-Adresse | E-Mail-Adresse |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1. Vorschulischer Bereich** | | |
| Wurden vorschulische Einrichtungen besucht?  Allgemeiner Kindergarten  Frühförderung  Schulkindergarten | | |
| Erfolgte eine Zurückstellung vom Schulbesuch?  ja  nein | | |
| Welche Empfehlungen wurden ggf. zu Beginn der Schulpflicht ausgesprochen? | | |
| **Von … bis** | **Vorschulische Einrichtung** | **ggf. Ansprechpartner/in** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2. Schulische Biographie** | | |
| **Klasse** | **Schuljahr** | **Schulart / Schulort** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **3. Waren Fachdienste / andere Partner eingeschaltet?**  (z. B. Frühförderung, Beratungslehrer, Eingliederungshilfe, Schulpsychologische Beratungsstelle, Gesundheitsamt, Jugendhilfe, Erziehungsberatungsstelle, Uni- oder Kinderklinik, Sozialpädiatrisches Zentrum, Facharztpraxen, Logopädie, Kinder- und Jugendpsychiatrie) | | | | |
| **Partner/Stelle** | **Zeitraum** | **Ansprechpartner** | **ggf. Telefonnummer** | **Liegen Berichte vor?** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **4. Pädagogischer Bericht** |
| Die Schule wird gebeten, einen pädagogischen Bericht beizulegen.  Sie finden die dafür notwendige Vorlage im Internet unter:  ⮚ Staatliches Schulamt Biberach ⮚ Service ⮚ Formulare ⮚ Pädagogischer Bericht  Achtung: Füllen Sie nur die für Sie relevanten Bereiche aus! |

|  |
| --- |
| **5. Förderschwerpunkt** |
| Für welchen Förderschwerpunkt wird eine Unterstützung durch den Sonderpädagogischen Dienst gemeldet?  Bitte kreuzen Sie **nur einen Bereich** an!  emotionale und soziale Entwicklung  geistige Entwicklung  Hören  körperliche und motorische Entwicklung  Lernen  Sehen  Sprache |

|  |
| --- |
| **6. Fragestellungen / Erwartungen an den Sonderpädagogischen Dienst** |
|  |

|  |
| --- |
| **7. Ansprechperson der allgemeinen Schule für den Sonderpädagogischen Dienst**  Name, Kontaktdaten (Telefon, E-Mail-Adresse) |
|  |

|  |
| --- |
| **8. Antrag der allgemeinen Schule** |
| Das SBBZ wird um Einleitung der entsprechenden Maßnahmen bis zum       (3 Wochen nach Antragsstellung) gebeten.  Die Bedarfsmeldung zusammen mit dem pädagogischen Bericht gehen als Originale an das zuständige Sonderpädagogische Bildungs- und Beratungszentrum. |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum / Unterschrift Erziehungsberechtigte/r Datum / Unterschrift der Schulleitung

|  |  |
| --- | --- |
| **Einwilligungserklärung der Erziehungsberechtigten** | |
| Name des Kindes: | geb.: |
| Name der/ des Erziehungsberechtigten: | |

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass das beauftragte sonderpädagogische Bildungs- und Beratungszentrum (SBBZ) Daten, Berichte und Unterlagen über mein/unser Kind für die Beratung und Unterstützung durch den Sonderpädagogischen Dienst zur Verfügung gestellt bekommen.

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 Antworten erhalten.

**Die Schweigepflichtentbindung bezieht sich auf folgende Institutionen und Personen:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Bisherige Ansprechpartner und Unterlagen: | Telefonnummer (falls vorhanden) |
| Schule |  |  |
| Kindergarten |  |  |
| Frühförderung |  |  |
| Arzt |  |  |
| Klinik |  |  |
| Therapeuten |  |  |
| Jugendamt |  |  |
| Eingliederungshilfe |  |  |
| Beratungsstelle |  |  |
|  |  |  |

Die Lehrkräfte sind selbstverständlich verpflichtet, die Informationen vertraulich zu behandeln.

Sie unterliegen der Schweigepflicht und den datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift der / des Erziehungsberechtigten

**Einwilligung in die Datenverarbeitung**

**Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Ich willige / Wir willigen ein, dass das beauftragte SBBZ unsere personenbezogenen Daten und die meines Kindes zum Zweck der Beratung und Unterstützung im Rahmen des Sonderpädagogischen Dienstes nach den jeweiligen datenschutzrechtlichen Bestimmungen elektronisch in einer zentralen Datenbank verarbeitet. Zugriff auf diese Daten haben nur definierte Mitarbeiter des SBBZ sowie die von der Schulleitung mit dem Sonderpädagogischen Dienst beauftragte Lehrkraft für Sonderpädagogik. Ich kann beim beauftragten SBBZ Auskunft über die gespeicherten Daten und die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Meine/unsere Angaben zum Antrag sind freiwillig.

Ich willige/ Wir willigen ausdrücklich ein, dass dabei Daten über die Gesundheit meines / unseres Kindes wie vorstehend beschrieben verarbeitet werden dürfen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift der / des Erziehungsberechtigten