|  |  |
| --- | --- |
| An dasStaatliche Schulamt StuttgartBegleitstelle InklusionBebelstraße 4870193 Stuttgartüber die Schulleitungder zuständigen allgemeinen Schule | ***Von der Schulleitung auszufüllen***Name, Adresse der allgemeinen Schule:     Eingangsdatum des Antrags:     Der Antrag mit ILEB und Bericht 1 wurde am      an das SSA-S weitergeleitet.**zuständiges SBBZ:**      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Antrag der Erziehungsberechtigten** **zur Prüfung des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot**Gemäß Schulgesetz von Baden-Württemberg §82 Feststellung des Anspruchs |

**Wir beantragen hiermit die Prüfung des Anspruchs
auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot für unser Kind.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bitte ankreuzen: | [ ]  | Mein Kind wird im kommenden Schuljahr schulpflichtig |
| [ ]  | Mein Kind besucht bereits eine allgemeine Schule |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| 1. **Personenbezogene Angaben**
 |
| Name, Vorname(n)      | [ ]  Mädchen[ ]  Junge | geb. am      |
| Geburtsort/Kreis      | Staatsangehörigkeit      | Konfession:       |
| Erziehungsberechtigt sind/ist:[ ]  beide Elternteile [ ]  Mutter [ ]  Vater [ ]        |
|  **Aktuelle Adresse des/der Erziehungsberechtigten** |
| Name, Vorname | Straße/Nr. | Postleitzahl/Ort  | Tel.  | E-Mail  |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |

|  |
| --- |
| Anschrift der für die Einschulung zuständigen Grundschule      |

 |

|  |
| --- |
| 1. **Institutionelle Daten / schulische Daten**
 |
| Zeitpunkt | Einrichtung | ggf. Ansprechpartner/in |
|       |       |       |
|       |       |       |

|  |
| --- |
| 1. **Bisherige eingeschaltete Fachdienste / andere Partner (Datenschutz / Schweigepflichtentbindung beachten)** z. B.andere Sonderpädagogische Dienste, Beratungslehrer**,** Frühförderung, Eingliederungshilfe, Schulpsychologische Beratungsstelle, LRS- oder Mathestützpunkt, Therapeuten, Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ), Kinderklinik, Gesundheitsamt, Jugendhilfe, Erziehungsberatungsstelle …
 |
| Partner/Stelle | Ansprechpartner/in | Zeitraum: Wann war der Partner tätig? | Liegt ein Bericht vor? Datum? |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|  |  |  |  |
| 1. **Aus welchen Gründen wünschen Sie die Prüfung des Anspruchs auf ein Sonderpädagogisches Bildungsangebot?**
 |
|       |
|  |
| 1. **Beförderung notwendig?**(gilt immer bei G,Kö und in Kl.1/2 bei S,E,Spr,H)

[ ]  ja [ ]  nein |
|  |
| 1. **Betreuung** (bitte ankreuzen):
 |
| Wir brauchen Ganztagsangebot | [ ]  | Wir möchten Halbtagsangebot | [ ]  | Beides wäre möglich | [ ]  |

|  |
| --- |
| 1. **Falls der Anspruch auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot festgestellt wird, wünschen wir/ wünsche ich die Beschulung an**
 |
| Bitte ankreuzen:   | [ ]   | der allgemeinen Schule im Rahmen der Inklusion (Bitte Anmeldefristen beachten!) |
| [ ]  | dem sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungszentrum (SBBZ) |
| [ ]  | die Entscheidung ist derzeit noch offen  (Bitte ggf. Anmeldefristen für eine inklusive Beschulung beachten!) |

|  |
| --- |
| 1. **Unterschrift(en) der Erziehungsberechtigten**
 |

|  |
| --- |
|       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ort, Datum Erziehungsberechtigte |

Anlage zum Antrag der Erziehungsberechtigten

zur Prüfung des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot

|  |
| --- |
| BW55_KL_sw_weiss |
| STAATLICHES SCHULAMT STUTTGART |
| Staatliches Schulamt StuttgartBebelstr. 48 - 70193 Stuttgart |  |

**Einwilligung zur Weitergabe**

**des Berichts der allgemeinen Schule (Bericht 1) sowie des Sonderpädagogischen Gutachtens (Bericht 2)**

**Für das Kind/ für die Jugendliche / den Jugendlichen:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name      | Vorname(n)       | Geburtsdatum      |
| Straße, Hausnummer      | PLZ      | Wohnort      |

Wir sind / ich bin damit einverstanden, dass die Berichte 1 und 2, die im Rahmen der Prüfung des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot auf unseren / auf meinen Antrag hin erstellt wurden, mit dem Bescheid des Staatlichen Schulamts an die aufnehmende Schule gesendet wird.

Bitte ankreuzen [ ]  ja

 [ ]  nein

 [ ]  Falls nein: Ich wünsche die Zusendung der Berichte 1 und 2 und
 werde diese selbst der aufnehmenden Schulleitung übergeben.

Wir sind/ ich bin damit einverstanden, dass über unser/ mein Kind mit Vertreterinnen und Vertretern aus dem Staatlichen Schulamt, dem Gesundheitsamt, dem Sozialamt, dem Schulverwaltungsamt oder dem Jugendamt gesprochen wird und Auszüge aus den jeweiligen benötigten Berichten ausgetauscht werden können.

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

Ort, Datum Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)

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

Ort, Datum Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)