**Anmeldung zur Überprüfung der Sonderschulung**

Integrative Sonderschulung  Separative Sonderschulung

1. Personalien Kind

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name |  |  | Vorname |  |
| Geburtsdatum |  |  | Geschlecht | männl.  weibl. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Adresse |  |  | PLZ / Wohnort |  |
| Muttersprache |  |  |  |  |
| Übersetzung notwendig?  mit Eltern  mit Kind | | | | | |

**2. Personalien Eltern**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nachname der Mutter |  |  | Vorname der Mutter |  |
| Adresse (wenn nicht identisch mit Kind) |  |  | PLZ / Wohnort |  |
| Telefon |  |  | E-Mail |  |
| Nachname des Vaters |  |  | Vorname des Vaters |  |
| Adresse (wenn nicht identisch mit Kind) |  |  | PLZ / Wohnort |  |
| Telefon |  |  | E-Mail |  |
| Zivilstand der Eltern |  |  | Sorgerecht |  |

3. Schule

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Klasse |  |  | Schule |  |
| Lehrperson/en |  |  |  |  |
| Telefon |  |  | E-Mail |  |
| SHP |  |  |  |  |
| Telefon |  |  | E-Mail |  |

4. Aktuelle Fördermassnahmen, Therapien

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Name | Telefon | E-Mail |
|  | DaZ |  |  |  |
|  | Logopädie |  |  |  |
|  | Ergotherapie |  |  |  |
|  | HFE |  |  |  |
|  | Psychomotorik |  |  |  |
|  | KJPD |  |  |  |
|  | Psychotherapie |  |  |  |
|  | Jugend-/Familienb. |  |  |  |
|  | Schulsozialarbeit |  |  |  |
|  | Andere |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**5. Aktuelle Situation und Fragestellungen**

*Bitte den aktuellsten Lern- und Förderbericht beilegen und fehlende Informationen hier ergänzen.*

**6. Empfehlung**

Empfehlung auf Verlängerung der bestehenden Massnahmen

Empfehlung auf Änderung der Massnahmen

Empfehlung auf Abschluss der Massnahmen

**7. Sicht der Eltern**

**8. Unterschriften**

Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten

Die Erziehungsberechtigten sind mit der Empfehlung

einverstanden  nicht einverstanden

Datum:       Erziehungsberechtigte[[1]](#footnote-1)\* /

gesetzliche Vertretung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fachpersonen**

Datum:       Klassenlehrperson: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum:       Förderlehrperson für sonder-

schulische Massnahmen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum:       Logopädin/Logopäde

(IS Sprache): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum:       Teamleitung Logopädie

(IS Sprache): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. # \* Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.

   [↑](#footnote-ref-1)