**Anforderung des Sonderpädagogischen Dienstes zur Beratung und Unterstützung**

**1. Daten der Schule**

|  |  |
| --- | --- |
| Name der Schule |  |
| Adresse |  |
| Telefonnummer |  |
| AnsprechpartnerIn |  |
| Erreichbarkeit Ansprechpartner (Telefon, Mail etc.) |  |

**2. Anliegen**

🞏 Beratung und Unterstützung der Lehrkraft zu **fachlichen Themen** (Bitte nur Punkt 2 ausfüllen und das Formular unterschreiben)

|  |
| --- |
| Bitte schildern Sie kurz das Anliegen: |

🞏 Beratung und Unterstützung in Bezug auf einen **Schüler / eine Schülerin** (Einverständnis der Eltern ist notwendig 🡪 Bitte alles ausfüllen, inkl. Anhang)

**3. Daten des Kindes**

**Name, Vorname:** Klasse:

|  |  |
| --- | --- |
| Geburtsdatum |  |
| Geschlecht |  |
| Staatsangehörigkeit |  |
| Konfession |  |
| Muttersprache |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Erziehungsberechtigte** | Mutter | Vater |
| Nachname, Vorname |  |  |
| Adresse |  |  |
| Telefonnummer |  |  |

|  |
| --- |
| Bitte schildern Sie kurz das Anliegen/ die Problematik: |

|  |
| --- |
| Bisheriger Fördermaßnahmen (schulisch / außerschulisch) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Ort, Datum |  |  | Unterschrift Schulleitung |

**Einverständniserklärung der Eltern:**

Hiermit erklären wir uns damit einverstanden, dass unser Kind im Rahmen der Beratung und Unterstützung durch den Sonderpädagogischen Dienst gefördert wird.

Die Beratung und Unterstützung dient dazu, nach Wegen zur Verbesserung der Schulsituation des Kindes zu suchen. Sie kann in verschiedenen Formen erfolgen:

* Beratung der LehrerInnen und Eltern des Kindes
* Klärung des Förderbedarfs (auch mit Hilfe von Testverfahren)
* Mitwirkung beim Förderplan der allgemeinen Schule
* Abklärung von außerschulischen Fördermaßnahmen

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Ort, Datum |  |  | Unterschrift Mutter (Erziehungsberechtigte) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Ort, Datum |  |  | Unterschrift Vater (Erziehungsberechtigter) |

**Anhang: Entbindung von der Schweigepflicht**

Name der Eltern : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ich entbinde**

die Lehrerinnen und Lehrer

der \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Name der Schule)

**bezüglich meiner Tochter/meines Sohnes**

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

(Name des Kindes)

**von der Schweigepflicht gegenüber dem Sonderpädagogischen Dienst des Förderzentrums Hochschwarzwald, Hebelstraße 15, 79822 Titisee-Neustadt**

**Die Entbindung der Schweigepflicht gilt auch für**

der Ärztin/dem Arzt/der Klinik: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

bitte Namen und ggf. Telefon eintragen

der Therapeutin/dem Therapeuten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

bitte Namen und ggf. Telefon eintragen

den Mitarbeiterinnen/dem Mitarbeiter des Jugendamtes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

bitte Namen und ggf. Telefon eintragen

folgenden weiteren Personen/ Institutionen:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

bitte Namen und ggf. Telefon eintragen

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

bitte Namen und ggf. Telefon eintragen

**Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt für alle genannten Personen und Institutionen auch im umgekehrten Fall.** Sie gilt für den Austausch von Informationen im Rahmen der Arbeit des Sonderpädagogischen Dienstes.

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

Ort, Datum Unterschrift