An das

Staatliche Schulamt Stuttgart

Begleitstelle Inklusion

Bebelstraße 48

70193 Stuttgart

über die Schulleitung

der 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 (Klassenstufe       )

|  |
| --- |
| 1. **Personenbezogene Angaben:**
 |
| Name, Vorname(n)      | [ ] weiblich[ ] männlich[ ] divers | geboren am      |
| Adresse des Kindes |
| Straße/Nr.:       | Postleitzahl/Ort:       |
| Erziehungsberechtig sind: [ ]  beide Elternteile [ ]  Mutter [ ]  Vater [ ]  andere:       |
| **Aktuelle Adresse des/der Erziehungsberechtigten** |
| Name, Vorname | Straße/Nr.  | Postleitzahl/Ort | Telefonnummer | E-Mail |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |

|  |
| --- |
| 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 die Stelle/ Person 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 (Anmeldefrist beachten!) |
| [ ]  dem Sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungszentrum (SBBZ) |
| [ ]  wir sind unentschlossen (Achtung: Anmeldefrist für inklusive Beschulung beachten!) |
| [ ]  Wir wünschen eine Beratung durch eine/n Beauftragte/n des staatlichen Schulamts Stuttgart. |

|  |
| --- |
| 1. **Unterschriften aller Erziehungsberechtigten**
 |
|      Ort, Datum | Erziehungsberechtigte/r | Erziehungsberechtigte/r |

Anlage zum Antrag der Erziehungsberechtigten

zur Prüfung des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot



STAATLICHES SCHULAMT STUTTGART

 Staatliches Schulamt Stuttgart

 Bebelstr. 48

 70193 Stuttgart

**Einwilligung zur Weitergabe**

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

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

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

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

Bitte ankreuzen: [ ]  ja

[ ]  nein: Wir werden / ich werde die Berichte der

 aufnehmenden Schulleitung selbst übergeben.

Wir sind / ich bin damit einverstanden, dass über unser / mein Kind mit den 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.

|  |
| --- |
| **Unterschriften aller Erziehungsberechtigten** |
|      Ort, Datum | Erziehungsberechtigte/r | Erziehungsberechtigte/r |