

SBBZ Luise von Baden Staatliches Sonderpädagogisches Bildungs- und Beratungszentrum mit Internat Förderschwerpunkte Hören und Sprache Schützenhausstr. 34 69151 Neckargemünd	Name der allgemeinen Schule
--	-----------------------------

**Antrag** Seite 1 von 3

**Beratung und Unterstützung durch den Sonderpädagogischen Dienst Sprache**

Schüler*in		
Name	Vorname	Geschlecht
Geburtsdatum, Geburtsort	Familiensprache	Staatsangehörigkeit
Straße	PLZ	Wohnort
Derzeit besuchte Klasse	Zurückstellung? Wiederholte Klassen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche _____

Kontaktdaten Erziehungsberechtigte	
Person 1	Person 2
Name, Vorname	Name, Vorname
E-Mail und Telefon	E-Mail und Telefon
ggf. Vormund, andere Erziehungsberechtigte: Name, Adresse, E-Mail, Telefon	

Klassenlehrkraft		
Name der Klassenlehrkraft	E-Mail	Telefon

Informationen zum Thema Sprache
Hat eine pädaudiologische Untersuchung stattgefunden?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wo: _____ Bericht <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht

Diagnosen
<input type="checkbox"/> LRS <input type="checkbox"/> Dyskalkulie <input type="checkbox"/> AVWS <input type="checkbox"/> Sonstige: _____

ACHTUNG: Wenn möglich, das Formular bitte digital ausfüllen und per Mail zurücksenden. Vielen Dank!

Anfrage Seite 2 von 3

Beratung und Unterstützung durch den Sonderpädagogischen Dienst Sprache

Begleitende Hilfen / Therapien	Bericht		Kommentar
	ist beigelegt	wird nachgereicht	
<input type="checkbox"/> Logopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Schulbegleitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ist eine Beratungslehrkraft bereits involviert?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Name, Vorname: _____	
Zeitraum	Dokumentation der Tätigkeit und Empfehlung

Dokumentation der Förderung und Entwicklung in Unterricht und Schule	
Zeitraum	Fördermaßnahmen im Unterricht und in der Schule (z.B. Diff.-Maßnahmen, Förderkurse)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Lehrkraft

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Schulleitung

## Anfrage Seite 3 von 3

### Beratung und Unterstützung durch den Sonderpädagogischen Dienst Sprache

Die Beratung und Unterstützung im Rahmen des Sonderpädagogischen Dienstes dient zur Klärung des Förderbedarfs, damit Ihr Kind möglichst optimale Lernbedingungen an der aktuellen Schule erhält. Sie werden von Anfang an kooperativ in den Beratungsprozess mit einbezogen und kontinuierlich über die einzelnen Schritte informiert.

Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum
Name, Vorname des/der Erziehungsberechtigten (1)	Name, Vorname des/der Erziehungsberechtigten (2)

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Ich / Wir möchte/n, dass mein / unser Kind durch den Sonderpädagogischen Dienst beraten und unterstützt wird.
- Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass – wenn erforderlich – ein Intelligenztest und ein Schulleistungstest mit meinem / unserem Kind durchgeführt wird.
- Falls ein Feststellungsverfahren zum Anspruch auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot eingeleitet werden sollte, wünschen wir / wünsche ich, dass die bis dahin beratende Sonderschullehrkraft des Sonderpädagogischen Dienstes mit der Erstellung des Gutachtens beauftragt wird.

Fragestellungen und Erwartungen an den Sonderpädagogischen Dienst

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Erziehungsberechtigte\*r (1)

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Erziehungsberechtigte\*r (2)