

Antrag auf Beratung und Unterstützung durch den Sonderpädagogischen Dienst Sprache

Schüler:in		
Name	Vorname	Geschlecht
Geburtsdatum, Geburtsort	Familiensprache	Staatsangehörigkeit
Straße	PLZ	Wohnort
derzeit besuchte Schule	aktuelle Klasse	Zurückstellung? ☐ ja ☐ nein Wiederholte Klassen? ☐ ja, diese: _____

Klassenlehrkraft		
Name der Klassenlehrkraft	E-Mail	Telefon

Erziehungsberechtigte Personen	
Name, Vorname Erziehungsberechtigte:r (1)	Name, Vorname Erziehungsberechtigte:r (2)
E-Mail und Telefon	E-Mail und Telefon
ggf. Vormund, andere Erziehungsberechtigte: Name, Adresse, E-Mail, Telefon	

Diagnosen	Bericht		Kommentar
	ist beigelegt	wird nachgereicht	
☐ LRS	☐	☐	
☐ Dyskalkulie	☐	☐	
☐ AVWS	☐	☐	
☐ Sonstige: _____	☐	☐	

Weitere Informationen
Eine pädaudiologische Untersuchung hat stattgefunden: ☐ nein ☐ ja, hier: _____ Der Bericht ☐ ist beigelegt. ☐ wird schnellstmöglich nachgereicht.

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

Antrag auf Beratung und Unterstützung durch den Sonderpädagogischen Dienst Sprache

Therapien	Zeitraum	Bericht	
		ist beigelegt	wird nachgereicht
☐ Logopädie		☐	☐
☐ Ergotherapie		☐	☐
☐ Psychotherapie		☐	☐
☐ Schulbegleitung		☐	☐
☐ Sonstiges: _____		☐	☐

Ist eine Beratungslehrkraft bereits involviert?	
☐ nein ☐ ja: Name, Vorname: _____	
Zeitraum	Dokumentation der Tätigkeit, durchgeführte Diagnostik und Empfehlung

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

Ort, Datum

Unterschrift Klassenleitung

Unterschrift Schulleitung

Antrag auf 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 seiner aktuellen Schule erhält.

Sie werden von Anfang an kooperativ in den Beratungsprozess miteinbezogen und kontinuierlich über die einzelnen Schritte informiert.

Sollten im Rahmen der Beratung und Unterstützung durch den Sonderpädagogischen Dienst Testungen mit Q-global von Pearson durchgeführt werden, beachten Sie bitte die Datenschutzrichtlinie (s. QR-Code).



Name, Vorname	Geburtsdatum
Name Erziehungsberechtigte:r (1)	Name Erziehungsberechtigte:r (2)

Ich möchte/Wir möchten, dass mein/unser Kind durch den Sonderpädagogischen Dienst beraten und unterstützt wird.

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass – falls erforderlich – ein Intelligenztest und/oder ein Schulleistungstest mit meinem/unserem Kind durchgeführt wird.

☐ Ja ☐ Nein

Falls ein Feststellungsverfahren zum Anspruch auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot eingeleitet werden sollte, darf die gutachterliche Stellungnahme unter Beteiligung des Sonderpädagogischen Dienstes angefertigt werden.

☐ Ja ☐ Nein

Wir haben folgende Fragestellungen und Erwartungen an den Sonderpädagogischen Dienst:

Hinweise zum Datenschutz

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass meine/unsere personenbezogenen Daten im Rahmen dieses Antrags verarbeitet werden. Die Verarbeitung und Speicherung erfolgen gemäß den geltenden Datenschutzbestimmungen sowie auf Grundlage meiner/unsere Einwilligung.

Nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen werden meine/unsere Daten gelöscht, sofern keine anderweitigen gesetzlichen Verpflichtungen zur weiteren Speicherung bestehen.

Ort, Datum	Erziehungsberechtigte:r (1)	Erziehungsberechtigte:r (2)
------------	-----------------------------	-----------------------------