**Anspruch auf sonderpädagogische Förderung (M17a)**

**Antrag auf Aufnahme in den inklusiven Unterricht einer allgemeinen Schule**

**⇦⇦⇦ Allgemeine Schule ⇨⇨⇨**

**in Klasse 5**

**bei bereits bestehender sonderpädagogischer Förderung in inklusiver Beschulung**

gemäß §187 Abs. 5 i. V. m.. § 54 Abs. 1 HSCHG

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| allgemeine Schule (Stempel) |  |  |  | rBFZ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name des Kindes:** |  | **Vorname:** |  |
|  |  |  |  |
| **Geb.:** |  | **Geburtsort:** |  | **Staatsangeh.:** |  |
|  |  | **Herkunftssprache:** |  |
| **Anschrift:** |  |
|  |  |
| Name/Vorname der **Mutter**: |  |
|  |  |
| Anschrift |  |
|  |  |
| 🕿 / @ |  |  | [ ] Wohnort des Kindes |
|  |  |
| Name/Vorname des **Vaters**: |  |
|  |  |
| Anschrift |  |
|  |  |
| 🕿 / @ |  |  | [ ] Wohnort des Kindes |
|  |  |
| Ggf. Namen und Vornamen der Sorgeberechtigten, Betreuer oder Erziehungsbefugten im Sinne des §100 HSchG |
| Name, Vorname |  |
|  |  |
| Adresse |  |
| 🕿 / @ |  |

**Die Eltern/Sorgeberechtigten wünschen eine Fortführung der Inklusiven Beschulung**

 **[ ]  ja [ ]  nein**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ort, Datum |  | alternativ: telefonische Klärung am: |
| Unterschrift eines Elternteils/Sorgeberechtigten |  |  Unterschrift |

**1. Schulverhältnisse/ Schullaufbahn**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| schulpflichtig seit: |  |  | Vorklasse [ ]  ja [ ]  nein |
| **⇦⇦⇦ Allgemeine Schule ⇨⇨⇨** |  |  | zurückgestellt [ ]  ja [ ]  nein  |
|  |  |  |  |  |
| erste Einschulung am: |  |  | Schule: |  |
|  |  |  |  |  |
| zurzeit in Klasse: |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Unterricht in der Herkunftssprache: | [ ]  nein |  |  |
|  |  | [ ]  ja | Lehrkraft: |  |
|  |  | ggf. Schule |  |

Schuljahre:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0. | Vorklasse | vom |  | bis |  | in der |  |
|  |  |  |  |  |  |  | (Name der Schule) |
| 1. | Schulbesuchsjahr | vom |  | bis |  | in der |  |
|  |  |  |  |  |  |  | (Name der Schule) |
| . | Schulbesuchsjahr | vom |  | bis |  | in der |  |
|  |  |  |  |  |  |  | (Name der Schule) |
| . | Schulbesuchsjahr | vom |  | bis |  | in der |  |
|  |  |  |  |  |  |  | (Name der Schule) |
| . | Schulbesuchsjahr | vom |  | bis |  | in der |  |
|  |  |  |  |  |  |  | (Name der Schule) |
| . | Schulbesuchsjahr | vom |  | bis |  | in der |  |
|  |  |  |  |  |  |  | (Name der Schule) |
| . | Schulbesuchsjahr | vom |  | bis |  | in der |  |
|  |  |  |  |  |  |  | (Name der Schule) |

Sonstige Hinweise zur bisherigen Schullaufbahn:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**Aktueller Förderschwerpunkt**

[ ]  emotionale und soziale Entwicklung. [ ]  kranke Schüler und Schülerinnen

[ ]  geistige Entwicklung [ ]  Lernen

[ ]  Hören [ ]  Sehen

[ ]  körperliche und motorische Entwicklung [ ]  Sprachheilförderung

Festgestellt in Klassenstufe: **[ ]  1 [ ]  2 [ ]  3 [ ]  4**

**Bescheid vom:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**2. Stellungnahme der Schulleiterin/ des Schulleiters der allgemeinen Schule**

**⇦⇦⇦ Allgemeine Schule ⇨⇨⇨**

**3. Anforderung einer förderdiagnostischen Stellungnahme**

**[ ]**  Der Anspruch wurde in Klassenstufe drei oder später festgestellt, daher muss **keine** Förderdiagnostische Stellungnahme verfasst werden. Es findet **kein** Förderausschuss statt.

**[ ]** Hiermit wird die förderdiagnostische Stellungnahme bei folgendem regionalen Beratungs- und Förderzentrum angefordert:

|  |
| --- |
|  |
| (Name des regionalen Beratungs- und Förderzentrums/ der Förderschule)  |

**Anlagen**:

|  |  |
| --- | --- |
| **[ ]** der aktuelle Förderplan |  |
| **[ ]**  die letzten beiden Zeugnisse | **[ ]**  Sonstiges | (**z.B.** Arztbriefe, Berichte von therapeutischen Einrichtungen oder Jugendamt)  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift Schulleiter/in der allg. Schule |

**4. Anforderungsauftrag des regionalen Beratungs- und Förderzentrums**

**⇦⇦ Regionales BFZ ⇨⇨**

**4.1 Prüfung der Zuständigkeit**

|  |  |
| --- | --- |
| **[ ]**  | Der Antrag verbleibt entsprechend des Förderschwerpunktes bei dem regionalen (eigenen) Beratungs- und Förderzentrum.  |
|  |  |
| **[ ]**  | Der Antrag wird an  |
| **[ ]**  | das überregionale Beratungs- und Förderzentrum  |
|  | (Name des Beratungs- und Förderzentrums/ der Förderschule)  |
| **oder** |  |
|  |  |
| **[ ]**  | die Förderschule mit dem Förderschwerpunkt |  |
|  |  |
| weitergeleitet. | (Name der Förderschule)  |  |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift Förderschulleiter/in des regionalen BFZ |