**Anspruch auf sonderpädagogische Förderung (ehemals M17a)**

**Antrag auf Aufnahme in den inklusiven Unterricht einer allgemeinen 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  |  |  |  | rBFZ |

 **Allgemeine Schule**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name des Kindes:** |  | **Vorname:** |  |
| **Geburtsdatum:** |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

 **[ ]  ja [ ]  nein**

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

**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 Schulleitung der allgemeinen Schule**

Ggf. Ergänzung:

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

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

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

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

 **[ ]  Es wird vermutet, dass das Doppelkriterium bezüglich des Anspruchs \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **über den Wechsel an die weiterführende Schule hinaus erfüllt sein wird.**

**3. Anforderung einer förderdiagnostischen Stellungnahme**

 **Allgemeine Schule**

**[ ]**  a) Der Anspruch wurde in Klassenstufe drei oder später festgestellt, daher muss **keine** förderdiagnostische Stellungnahme verfasst werden.

Es findet **kein** Förderausschuss statt. Es müssen **keine** weiteren Unterlagen an das rBFZ verschickt werden.

**[ ]** b) Eltern/Sorgeberechtigten und Klassenkonferenz stimmen der Fortschreibung des Anspruchs zu. Die Kopie des **Bogen A2** wird direkt, spätestens bis zu den Weihnachtsferien, bei dem zuständigen rBFZ eingereicht.

Es muss **keine** Förderdiagnostische Stellungnahme verfasst werden. Es findet **kein** Förderausschuss statt. Es müssen **keine** weiteren Unterlagen an das rBFZ verschickt werden.

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

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

**Anlagen**:

 **[ ]** A2 Kopie

Nur bei Fall c

|  |
| --- |
| **[ ]** Kopie des Aktendeckels der Schülerakte**[ ]** 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 |

 **rBFZ**

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

**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 |