**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 | |