

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

### Anfrage nach 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 _____

Erziehungsberechtigte	
Name der Mutter	Name des Vaters
Kontakt der Mutter (E-Mail und Telefon)	Kontakt des Vaters (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: _____ <input type="checkbox"/> Bericht ist beigelegt	
Diagnosen	
Folgende Diagnosen liegen vor:	
<input type="checkbox"/> LRS <input type="checkbox"/> Dyskalkulie <input type="checkbox"/> AVWS <input type="checkbox"/> Sonstige: _____	
Therapien	
<input type="checkbox"/> Logopädie	<input type="checkbox"/> Bericht liegt vor <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	<input type="checkbox"/> Bericht liegt vor <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
<input type="checkbox"/> Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> Bericht liegt vor <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Ist eine Beratungslehrkraft bereits involviert?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Name, Vorname: _____	

## Einwilligungserklärung

### Beratung und Unterstützung durch den Sonderpädagogischen Dienst Sprache

Hinweis:

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 bin / Wir sind damit einverstanden, 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.

Fragestellung und Erwartungen an den Sonderpädagogischen Dienst

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

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

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