

Stempel allgemeine Schule

Eingangsstempel BFZ

Fallbeauftragte/r _____

Antrag auf Unterstützung durch das Beratungs- und Förderzentrum



der

Janusz-Korczak-Schule

Schule mit Förderschwerpunkt Lernen, Ganztagschule,

Rudolf-Höhn-Str.23, 65307 Bad Schwalbach, Tel: **06124-8538**, Fax: **06124-720318**, eMail: **info@jks-bad-schwalbach.de**

Name des Kindes: _____ w m

Geburtsdatum: _____

Namen der Eltern: _____
(bzw. Erziehungsberechtigte)

Anschrift: _____

Telefon (Eltern): _____
(Erziehungsberechtigte)

E-Mail (Eltern): _____

Schule: _____

Telefon (Schule): _____

Schulleitung: _____

derzeitige Klasse/ Schulbesuchsjahr: _____

Klassenleitung: _____
(evtl. Telefon/ E-Mail)

Individuellen Förderplan bitte als Anlage hinzufügen!

Die von Ihnen zu Ihrer Person im Rahmen des sonderpädagogischen Verfahrens freiwillig mitgeteilten und personenbezogenen Daten speichern wir zur Bearbeitung und Abwicklung des Vorgangs im BFZ. Im Rahmen der Bearbeitung kann es gegebenenfalls auch erforderlich sein, dass wir weitere Daten bei Ihnen erfragen werden. Auszüge dieser Unterlagen werden Teil der Schülerakte. Die Vernichtung der Unterlagen erfolgt nach den Regularien des gültigen Erlasses zur Aktenführung des Landes Hessens. Die Datenschutzbeauftragte des Staatlichen Schulamts erreichen Sie unter: datenschutz.ssa.wi@kultus.hessen.de
Es besteht ein Beschwerderecht bezogen auf die Verwendung Ihrer personenbezogenen Daten an die zuständige Aufsichtsbehörde. Das ist der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit, Gustav-Stresemann-Ring 1, 65189 Wiesbaden. Allgemeine Informationen zum Datenschutz finden Sie auf den Internetseiten des Hessischen Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit (www.datenschutz.hessen.de).

1. Körperliche und motorische Entwicklung/ Erkrankungen

(Bitte gegebenenfalls ärztliche Gutachten beifügen!)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Kleinwuchs | <input type="checkbox"/> Querschnittslähmung |
| <input type="checkbox"/> Zerebrale Bewegungsstörungen | <input type="checkbox"/> körperliche Fehlbildungen | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Hemiparese <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> sonstige Unfallfolgen |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Zöliakie | <input type="checkbox"/> Spina bifida |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Mukoviszidose | <input type="checkbox"/> Traumata |
| <input type="checkbox"/> Hämophilie | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Verbrennungen |
| <input type="checkbox"/> Herzfehler | <input type="checkbox"/> Muskeldystrophie | <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> HIV-Infektion | <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Andere: |
-

Präzisieren Sie bitte den Beratungsbedarf für den Bereich körperliche und motorische Entwicklung!

- Beratung und Unterstützung der Lehrkräfte vor Ort (Prävention und Inklusion, Förderplanung, differenzierende Maßnahmen, Nachteilsausgleich)
- Suche nach geeigneten Beschulungsformen bei Einschulung, Um- und Rückschulung
- Hilfsmittelversorgung
- Anregung baulicher Maßnahmen

**2. Bisher eingeleitete schulische und /oder außerschulische
(Förder-)Maßnahmen**

| | Wann? Seit wann? | Inhalte des Gesprächs/ der Vereinbarungen/ der Ergebnisse |
|---|-----------------------------|--|
| Gespräche mit den Eltern und Beratung der Eltern | | |
| Gespräche mit Erzieherinnen und Erziehern (vorschulische Einrichtungen, Kindergarten) | | |
| Gespräche mit Therapeutinnen und Therapeuten (Frühförderstelle, Ergo-therapie, Logopädie) | | |
| Diagnosen (z.B.: IQ-Testung, ADS/ADHS, LRS, AVWS, Autismus-Spektrum-Störung etc.) | | |
| Individualisierende und binnendifferenzierende Arbeitsformen <i>(in Bezug auf den Förderschwerpunkt)</i> | | |
| Förderunterricht <i>(in Bezug auf den Förderschwerpunkt)</i> | | |
| Zusammenarbeit mit Beratungsdiensten (Schulpsychologinnen und Schulpsychologen oder Beraterinnen und Beratern am SSA) | | |
| Nachteilsausgleich/ Abweichen von den allg. Grundsätzen bei der Leistungsfeststellung oder Leistungsbewertung <i>(in Bezug auf den Förderschwerpunkt)</i> | | |
| Sonstiges | | |

Ort, Datum

Unterschrift Klassenlehrer/-in

Unterschrift Schulleiter/-in

3. Einverständniserklärung der Eltern/ Sorgeberechtigten

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Förderung meines Kindes

_____, geb. am: _____
(Name des Kindes)

an der _____-Schule von einer Lehrkraft des Beratungs- und Förderzentrums (BFZ) der Janusz-Korczak-Schule unterstützt wird. Die Unterstützung kann die Förderung unseres Kindes und die Beratung seiner Lehrerinnen und Lehrer nach Erhebung der Lernausgangslage einschließen. Beratungsanlass und Beratungsergebnisse sowie Maßnahmen der Förderung und der individuelle Förderplan werden mit uns besprochen und in der Schule und im Beratungs- und Förderzentrum dokumentiert.

Die Unterstützung durch das BFZ findet auf der Grundlage der Richtlinien über die Arbeit der sonderpädagogischen Beratungs- und Förderzentren vom 15.05.2012* statt.

* Verordnung über Unterricht, Erziehung und sonderpädagogische Förderung von Schülerinnen und Schülern (VOSB)
Zuletzt geändert durch Artikel 4 der Verordnung vom 1. April 2015 (ABl. S. 113)

Ort, Datum

Unterschrift Eltern/ Sorgeberechtigte

4. Schweigepflichtsentbindung

Wenn eine Mitarbeiterin/ ein Mitarbeiter der Schulpsychologie ebenfalls beratend tätig ist, sind wir damit einverstanden, dass die Beratungslehrerin/ der Beratungslehrer Ergebnisse ihrer Arbeit mit der Mitarbeiterin/ dem Mitarbeiter gemäß den Dienstvorschriften austauscht und die Schulpsychologin/ der Schulpsychologe von der Schweigepflicht entbunden ist.

Ich entbinde/ Wir entbinden nachstehende mit dem Kind beschäftigte Personen gegenüber der Beratungslehrerin/ dem Beratungslehrer von der Schweigepflicht.
Dies gilt auch im umgekehrten Fall:

Name, Institution, Funktion

Name, Institution, Funktion

Name, Institution, Funktion

Name, Institution, Funktion

Name, Institution, Funktion

Name, Institution, Funktion

Ort, Datum

Unterschrift Eltern/ Sorgeberechtigte