MARIAHOF
WESSENBERG-SCHULE
caritas

Antrag auf Unterstützung und Beratung durch den Sonderpädagogischen Dienste der Wessenberg-Schule Hüfingen

Schülerbezogene Informationen

Name des Schülers: _____

Geburtsdatum: _____ Nationalität: _____

Name des Vaters: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Email: _____

Name der Mutter: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Email: _____

Kind wohnt bei: _____

Schule

Name der Schule: _____

Adresse: _____

Klasse: _____

Klassenlehrer/in: _____

Telefon: _____

Email: _____

Grund der Kontaktaufnahme/Auftragsklärung:
Wir wünschen Unterstützung und Beratung, weil

Kindergarten und Schulbesuch		
von	bis	Einrichtung

Bisherige schulische Förder- und Unterstützungsmaßnahmen/Diagnostik/Elterngespräche/Diagnosen außerschulischer Einrichtungen		
Datum/ Zeitraum	Maßnahme (was mit wem?)	Bemerkungen (Ergebnisse, Vereinbarungen, Ziele, Wirksamkeit)

MARIAHOF WESSENBERG-SCHULE caritas

Beschreibung des Lernstandes und des Lernumfeldes

Familiärer Kontext

Sozialverhalten

Lern- und Arbeitsverhalten

Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in Deutsch

Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in Mathematik

Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in den Sachfächern

Besondere Stärken	Besondere Schwächen

Ort, Datum, Unterschrift der Sorgeberechtigten

Ort, Datum, Unterschrift der Klassenleitung

Die Sorgeberechtigten erhalten eine Kopie

MARIAHOF
WESSENBERG-SCHULE
caritas

Schweigepflichtentbindung der Sorgeberechtigten zur Erstellung einer Sonderpädagogischen Diagnostik

Name des Kinds	
geb. am	
Anschrift	

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass die beauftragte Lehrkraft des Wessenberg-Schule Hüfingen im Auftrag des staatlichen Schulamtes Donaueschingen Daten / Informationen / Befunde / Gutachten über mein / unser Kind

- ○ des Kindergartens / der Grundschulförderklasse / der Schule (Name, Anschrift)

  _____

  _____

- ○ der (fach-) ärztlichen Praxis / Klinik (Name, Anschrift)

  _____

  _____

- ○ des Sozialpädiatrischen Instituts (Name, Anschrift)

  _____

  _____

- ○ der Therapiepraxis (Name, Anschrift)

  _____

  _____

- des Jugendamtes / der Eingliederungshilfe (Name, Anschrift)

  _____

  _____

- der Frühförderung (Name, Anschrift)

  _____

  _____

- _____

  _____

einholen, besprechen, austauschen und speichern darf.

Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass die beauftragte Lehrkraft des Wessenberg-Schule Hüfingen Testungen zur Diagnostik durchführen darf.

Informationen

- Lehrkräfte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Schulen unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes. Das bedeutet, dass alle schülerbezogenen Gespräche streng vertraulich behandelt werden müssen. Zur Planung und Abklärung von Fördermöglichkeiten ist es notwendig, sich mit Lehrkräften anderer Schulen und anderen Fachdiensten auszutauschen. Wir bitten deshalb um schriftliche Zustimmung. Alle Informationen werden vertraulich behandelt.
- Mir / uns ist bekannt, dass die Schweigepflichtentbindung freiwillig ist und jederzeit widerrufen werden kann.
- Ich / wir konnten Fragen stellen. Diese wurden mir / uns beantwortet.

_____

Ort, Datum, Unterschrift der Sorgeberechtigten