

Schulleitung der

Schulstempel

Datum

Schulamt für den
Kreis Steinfurt
48563 Steinfurt

Sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf für

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Guten Tag meine Damen und Herren,

in dem Verfahren zur Entscheidung über den Bedarf an sonderpädagogischer Unterstützung und die Förderschwerpunkte wurde das pädagogische Gutachten in Zusammenarbeit und gemeinsamer Verantwortung der beiden Lehrkräfte erstellt.

Das Gutachten ist mit folgenden Unterlagen – geheftet und in der genannten Reihenfolge – beigelegt*:

- E 05 | Übersichtsdaten zum Gutachten**
- E 06 | Pädagogisches Gutachten**
- E 07 | Wunsch der Sorgeberechtigten nach Gutachten**
- E 08 | Kosten für den Schulträger
- E 01 | AO-SF-Antrag**
- E 02 | Übersicht über die Schülerdaten**
- E 03 | Begründete Stellungnahme mit zugehörigen Anlagen**
- E 03 | Zusatz SQ
- E 04 | Anlage Schüler aus Zuwandererfamilien

 Sonstige Anlagen

Das Ergebnis der Gutachter entnehmen Sie bitte aus dem Vordruck E 05 | Übersichtsdaten zum Gutachten.

Sonstige Bemerkungen

Freundliche Grüße

 Schulleitung

*zwingend beizufügen sind die **fett** gedruckten Vordrucke. E03 | E 04 | E 08 & §15 bitte bei Vorlage ankreuzen.



Verfahren zur Entscheidung über den Bedarf an sonderpädagogischer Unterstützung

hier: **Übersichtsdaten zum Gutachten**
- in 2facher Ausfertigung -

Individualdaten des Kindes

Name		Vorname	
Geburtsdatum		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	
40-11-35-E- Aktenzeichen		Klasse	Schulbesuchsjahr
Straße			Hausnummer
Postleitzahl	Ort		

Individualdaten der Sorgeberechtigten

Mutter Vater Pflegestelle Vormund

Mutter Vater Pflegestelle Vormund

Name		Name	
Vorname		Vorname	
Straße		Straße	
Hausnummer		Hausnummer	
Postleitzahl	Ort	Postleitzahl	Ort
Telefon		Telefon	
E-Mail-Adresse		E-Mail-Adresse	

Vorschlag zum sonderpädagogischen Unterstützungsbedarf (§ 3 AO-SF)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lern- und Entwicklungsstörungen (LE, SQ, ESE) | <input type="checkbox"/> Körperbehinderung |
| <input type="checkbox"/> Sehschädigungen <input type="checkbox"/> BL <input type="checkbox"/> SH | <input type="checkbox"/> Geistige Behinderung |
| <input type="checkbox"/> Hörschädigungen <input type="checkbox"/> GH <input type="checkbox"/> SG | <input type="checkbox"/> Autismus-Spektrum-Störungen |

Vorschlag zum/zu den Förderschwerpunkt/en (§§ 4 bis 8 AO-SF)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lernen | <input type="checkbox"/> Sprache |
| <input type="checkbox"/> Emotionale und soziale Entwicklung | <input type="checkbox"/> Hören und Kommunikation |
| <input type="checkbox"/> Sehen | <input type="checkbox"/> Körperliche und motorische Entwicklung |
| <input type="checkbox"/> Geistige Entwicklung | |

vorrangiger Förderschwerpunkt



Vorgeschlagener Förderort

Name der Schule

Beginn zum

Probeweise bis zum (max. 6 Monate)

GL EI

Die Schulleitung der aufnehmenden Schule wurde informiert und erklärt sich mit der Aufnahme für einverstanden.

ja nein

Datum der Information

Eine Schwerstbehinderung (§ 15 AO-SF) wird vermutet.

Es besteht kein sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf.

Eltern sind mit den Entscheidungsvorschlägen der Gutachter einverstanden: ja nein

Eltern wünschen ein Gespräch mit der Schulaufsicht: ja nein

Datum, Unterschrift Lehrkraft der Förderschule

Datum, Unterschrift Lehrkraft der allgemeinen Schule

Die Hinweise zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

