|  |
| --- |
| **Antrag zur Klärung des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot**  **Antrag der Erziehungsberechtigten**  **Antrag der Schule** |

**Bitte beachten Sie, dass nur vollständige Unterlagen weiter bearbeitet werden können!**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name, Vorname weibl. männl.  **,** | | Geburtsdatum, Geburtsort  **,** |
| Name, Vorname des Vaters sorgeberechtigt: ja  nein  **,** | | Name, Vorname der Mutter sorgeberechtigt: ja  nein  **,** |
| Anschrift:  Straße, H.-Nr.:  PLZ, Ort: | | Anschrift  Straße, H.-Nr.:  PLZ, Ort: |
| Telefon des Vaters | | Telefon der Mutter |
| E-Mail des Vaters | | Email der Mutter |
| Sonstige Personensorgeberechtigte (z.B. Pflegeeltern) | | |
| Derzeit besuchte Bildungseinrichtung  Name:  Straße, H.-Nr.:  PLZ, Ort:  Telefon:  E-Mail:  Derzeitige Klasse:  Ansprechpartner: | Derzeit besuchte Bildungseinrichtung | Stempel der zuständigen Grundschule: |

**Wir beantragen, dass bei unserem Kind geklärt wird, ob ein Anspruch auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot vorliegt.   
  
Dazu beauftragt das Staatliche Schulamt Künzelsau einen Gutachter mit der Erstellung eines sonderpädagogischen Gutachtens zur Klärung des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot.**

**Wir wirken bei der Klärung des Anspruchs mit, indem wir vorhandene Berichte vorlegen.**

* Vorschulkind: Bericht des Kindergartens, Dokumentation der Kooperationslehrkraft, Bericht der Frühförderung, therapeutische und medizinische Berichte
* Schulkind: Pädagogischer Bericht, Zeugnis/Halbjahresinformation, Bericht des sonderpädagogischen Dienstes, therapeutische und medizinische Berichte

**Wir stimmen der notwendigen Überprüfung zu.**

**Die „Einwilligung in die Datenverarbeitung / Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht“ liegt bei.**

**x** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **x** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Datum, Unterschrift aller Erziehungsberechtigten)*

|  |
| --- |
| **Einwilligung in die Datenverarbeitung**  **Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht** |

Ich willige / wir willigen ein, dass das Staatliche Schulamt Künzelsau meine/ unsere personenbezogenen Daten und die meines Kindes zum Zweck der Prüfung und Feststellung des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot und des geeigneten Lernortes nach den jeweiligen datenschutzrechtlichen Bestimmungen elektronisch in einer zentralen Datenbank verarbeitet. Zugriff auf diese Daten haben nur definierte Mitarbeiter des Staatlichen Schulamts Künzelsau sowie die von diesem mit der sonderpädagogischen Diagnostik beauftragte Lehrkraft für Sonderpädagogik. Ich kann beim Staatlichen Schulamt Künzelsau Auskunft über die gespeicherten Daten und die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Meine / unsere Angaben zum Antrag sind freiwillig. Liegen der Schule jedoch konkrete Hinweise auf einen Anspruch auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot vor und wird von mir / uns kein Antrag gestellt, ist der Antrag von der Schule beim Staatlichen Schulamt zu stellen.

Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass das Staatliche Schulamt Künzelsau und die von diesem beauftragte Lehrkraft für Sonderpädagogik Daten, Informationen, Befunde und Gutachten über mein / unser Kind zum Zweck der Prüfung und Feststellung des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot und des geeigneten Lernortes bei folgenden Stellen anfordern, besprechen und austauschen und in der zentralen Datenbank speichern darf. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind verpflichtet, die Informationen vertraulich zu behandeln.

* zuständiges Jugendamt:
* behandelnder Arzt (s. u. ausdrückliche Einwilligung):
* Kinderklinik, SPZ (s. u. ausdrückliche Einwilligung):
* Kindergarten:
* Frühförderung:
* Grundschulförderklasse:

*Bitte kreuzen Sie an, für welche Stellen Ihre Einwilligung gelten soll)*

Ich willige ausdrücklich ein, dass dabei Daten über die Gesundheit meines / unseres Kindes wie vorstehend beschrieben verarbeitet werden dürfen.

Diese Einwilligung/en kann / können verweigert werden. Ferner kann eine einmal erteilte Einwilligung widerrufen werden. Mir / uns ist bekannt, dass sich mein / unser Kind auf Verlangen der Schulaufsichtsbehörde nach § 82 Abs. 2 Schulgesetz an der sonderpädagogischen Diagnostik (pädagogisch-psychologische Prüfung ggf. einschließlich Schulleistungsprüfung und Intelligenztest) zu beteiligen und vom Gesundheitsamt untersuchen zu lassen hat.

     ,

*Ort, Datum*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Unterschrift(en) Erziehungsberechtigte Schüler (ab 16 Jahren )*