|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sonderpäd. Bericht zur Aufnahme am SKG** | | | **Sonderpäd. Bericht/ Gutachten zum Übergang Frühförderung / SKG Schule** | |
| **Angaben zum Kind** | Name/Vorname des Kindes | |  | |
| Geburtsdatum/ Geschlecht | |  | m  w d |
| Nationalität | |  | |
| Erstsprache | |  | |
| (aufnehmender) Schulkindergarten | |  | |
| derzeit besuchte Einrichtung | |  | |
| **Personensorgeberechtigte** | Mutter  Name, Vorname und Anschrift  E-Mail, Telefon | |  | |
| Vater  Name, Vorname und Anschrift  E-Mail, Telefon | |  | |
| Sorgerecht | | gemeinsames  alleiniges/Wer?: | |
| Wohnort des Kindes bei | | gemeinsam  Mutter  Vater  Sonstige: | |
| Pflegeeltern/Vormund  Name, Vorname und Anschrift  E-Mail, Telefon | |  | |
| Termin Elterngespräch | |  | |
| **Angaben zur zukünftigen Aufnahme am SKG** | Förderschwerpunkt | |  | |
| SMB | | ja nein | |
| Einschulung | | Schuljahr: | |
| Antrag auf Eingliederungshilfe gestellt (bei priv. SKG oder Schulbegleitung) | | ja  nein | Sachbearbeiter, Telefon, E-Mail: |
| Einvernehmen Kostenträger | | ja  nein | Sachbearbeiter, Telefon, E-Mail: |
| 1. **Anlass (Bei Bedarf vergrößern sich die Schreibfelder nach unten)** | | | | |
| **Aktuelle Situation** | |  | | |
| **zu bearbeitende Fragestellung** | |  | | |
| **Informationsquellen u. durchgeführte Untersuch-**  **ungsverfahren** | |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Diese Seite bitte nur ausfüllen für den Übergang SKG/ Kita - Schule** | | |
| Empfehlung **Sonderpädagogisches Bildungsangebot**:: | Förderschwerpunkt: | |
| Vereinfachtes Verfahren (Konsens aller Beteiligten) | ja  nein | |
| Beauftragung folgender Fachrichtung (reguläres Feststellungsverfahren) |  | |
| Eltern wurden beraten am:  (Inhalt des Gutachtens/ sonderpäd. Berichtes; Verfahrensweg Antragsstellung an der GS, Abläufe…) |  | |
| Teilnehmer am Beratungsgespräch  *(Bitte Namen und Institution angeben)* |  | |
|  | |
|  | |
|  | |
| Elternwunsch zur Beschulung  (Anlage 1) | Inklusion |
| SBBZ |
| Anderer Elternwunsch: |  | |
| Nur bei Eingliederungshilfe (Anlage 2):  Assistenzbedarf wurde beschrieben  Antrag auf Eingliederungshilfe gestellt? | ja (bitte als Anlage 2 beifügen) nein  ja  nein  Sachbearbeiter, Telefon, E-Mail: | |
| Gutachter/ Gutachterin  Name, Vorname und Schule bzw. SKG, E-Mail, Telefon |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Bisherige Bildungsbiografie (besuchte vorschulische Einrichtungen)** | | | |
| **Name der Einrichtung** | **Ort** | **Besuchszeitraum** | **Bericht liegt vor vom (Datum):** s. Anlage |
| Kindergarten/ Kita |  |  |  |
| SKG für: |  |  |  |
|  |  |  |  |
| weitere Erläuterungen, z. B. Eingewöhnung in Kindergarten, Kontaktaufnahme zu Kindern/ Erwachsenen, regelmäßiger/ unregelmäßiger Kindergartenbesuch, Ablöseverhalten  1 | | | |
| **Besuchte Beratungs-, Diagnose-,Therapieeinrichtungen** | | | |
| **Name** | **Ort** | **Besuch von/ bis** | **Bericht liegt vor vom (Datum):**  s. Anlage |
| Sonderpädagogische  Beratungsstelle für: |  |  |  |
| Interdisziplinäre Frühförderstelle |  |  |  |
| medizinische Einrichtung/ Ärzte |  |  |  |
| Ergotherapie |  |  |  |
| Logopädie |  |  |  |
| Physiotherapie |  |  |  |
| sonstige Diagnose-/  Therapieangebote |  |  |  |
| weitere Erläuterungen, z. B. Schwerbehindertenausweis, Bedarf an Hilfsmitteln/ Assistenz | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Bisherige U Untersuchungen (U 9 für Schuleintritt wichtig!)** | | | |
| durchgeführt: | nein | ja, am | |
| Ergebnis: | | | |
| **ESU Schritt 1** | | | |
| nein | ja, am: | | bei: |
| Ergebnis: | | | |
| **ESU Schritt 2** | | | |
| ist vorgesehen: | nein | | ja, am: |
| fand statt: | nein | | ja, am: |
| Ergebnis: | | | |
| 1. **Ergebnisse zu Körperfunktionen / Körperstrukturen** | | | |
| Ärztliche Diagnosen, Untersuchungsergebnisse der Diagnostik, z.B. Intelligenzdiagnostik, formelle / informelle Verfahren (Sprache, Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Gedächtnis); körperliche Auffälligkeiten (z.B. Auge, Ohr, Stimme und Sprechen, Motorik) | | | |
| 1. **Aktivität und Teilhabe** (Nur die für das Kind relevanten Bereiche ausfüllen!) | | | |
| **Lernen und Wissensanwendung/Aufgaben und Anforderungen**  (Lern- und Arbeitsverhalten) | | | |
| **Kommunikation und Sprache** (Lautbildung, Sprechfreude, Wortschatz, Satzbildung, Sprachverständnis etc.) | | | |
| **Mobilität** (sitzen, liegen, Fortbewegung, feinmotor. Handgebrauch, Transportmittel nutzen etc.) | | | |
| **Selbstversorgung/häusliches Leben** (Hygiene, Toilettengang, An- und Auskleiden, Essen und Trinken, Einkaufen, Kochen, Hausarbeit etc.) | | | |
| **Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen/Leben in der Gesellschaft** (Kontaktfähigkeit, Belastbarkeit, Selbstvertrauen, Temperament, Offenheit, Selbst- und Fremdeinschätzung, Einhalten von Regeln, Konfliktlöse-strategien, Einstellungen wie Toleranz, Ehrlichkeit, Verantwortung, Interessen, Spielverhalten etc.) | | | |
| 1. **Kontextfaktoren** | | | |
| **Personenbezogene Faktoren** (Motivation, Selbstbild, Umgang mit Behinderung, Bewältigungsstile, andere Gesundheitsprobleme etc.) | | | |
| **Kindergartenumgebung** (Gruppen-, Betreuungssituation, Beziehung zur Erzieherin, Freundschaften etc.) | | | |
| **Familiäre Situation/häusliches Umfeld, andere unterstützende Maßnahmen** (Jugendhilfe, Eingliederungshilfe etc.), **benötigte Hilfsmittel** | | | |
| 1. **Bisherige und aktuelle Förderziele** | | | |
|  | | | |
| 1. **Erziehungsplan der Eltern** | | | |
| Pläne, Wünsche, Ziele der Eltern bezüglich der weiteren Zukunft des Kindes (Schulkindergarten, Kindergarten, Schule) | | | |
| 1. **Zusammenfassende Bewertung** | | | |
| Bildungsanspruch unter Berücksichtigung der Körperfunktion sowie den fördernden und hemmenden Kontextfaktoren; Sichtweisen der beteiligten Personen und Institutionen; ggf. Aufführung der zu ergreifenden Maßnahmen wie Assistenz, Hilfsmittel, Transport, Räume, Jugendhilfe etc. | | | |
| 1. **Empfehlung der Gutachterin/des Gutachters (nur auszufüllen beim Übergang Kita/ SKG – Schule)** | | | |
| Bitte Zutreffendes ankreuzen:  Sonderpäd. Unterstützung- und Beratungsangebot im Förderschwerpunkt: (eingelöst durch den sonderpäd. Dienst).  Sonderpäd. Bildungsangebot im Förderschwerpunkt:  Vorgeschlagener Anspruch soll befristet werden bis      . (Datum angeben) | | | |
| 1. **Dokumente im Anhang** | | | |
| z.B. Beschreibung des Assistenzbedarfs, des Bedarfs an Raumausstattung, Geräteversorgung bei Inklusion | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Datum** | **Name d. SoS-Lehrkraft** | **Unterschrift** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Datum** | **Name d. SKG-Leitung** | **Unterschrift** |

**Anlage 1**

**Nur bei vereinfachtem Verfahren**

**Lernortwahl der Eltern/ Personensorgeberechtigten**

Ich/ wir akzeptiere(n) den sonderpädagogischen Bildungsanspruch unseres Kindes

Name:

Als Lernort wähle ich/ wählen wir

Inklusion (an der allgemeinen Schule)

oder

folgendes SBBZ (Sonderpädagogisches Bildungs- und Beratungszentrum)

Ich/ wir wurde/n darüber informiert, dass jede Änderung des Beschulungswunsches

dem Staatlichen Schulamt Konstanz schriftlich mitgeteilt werden muss.

Im Falle einer inklusiven Beschulung wurde ich/ wurden wir informiert, dass der Lernort erst in einer Bildungswegekonferenz entschieden wird.

Datum Unterschrift/en aller Personensorgeberechtigten

**Anlage 2**

**Bedarf individueller Assistenzleistungen durch Schulbegleitung für**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name des Kindes** |  |
| **geb. am** |  |

Die Aufgaben der Schulbegleitung resultieren aus der Besonderheit der Behinderung im konkreten Einzelfall. Die Schulbegleitung soll:

* die Voraussetzungen schaffen, dass der Schüler oder die Schülerin am Unterricht in der Schule teilnehmen kann,
* die soziale Teilhabe am Klassen- und Schulgeschehen unterstützen sowie
* die Selbstständigkeit der Schülerinnen und Schüler fördern.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Aufgabe** | **Kann alleine** | **Kann mit**  **Hilfe** | **Kann nicht** | **Beschreibung /**  **Erläuterungen** |
| **Lebensversorgung Selbstversorgung** | | | | |
| Sich an- und ausziehen |  |  |  |  |
| Schuhe an- und ausziehen |  |  |  |  |
| Kleidung platzieren (aufräumen, verstauen ..) |  |  |  |  |
| Medikamente einnehmen |  |  |  |  |
| Essen & Trinken (Nahrungsvorbereitung,  portionieren, schneiden, Säuberungen, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme …) |  |  |  |  |
| Notwendige Erholungsphasen einhalten |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Mobilität** | | | | |
| Gefahrensituationen erkennen |  |  |  |  |
| Auf Gefahrensituationen reagieren |  |  |  |  |
| Teilnahme am Sportunterricht / an sportlichen Aktivitäten möglich |  |  |  |  |
| Den Schulweg bewältigen |  |  |  |  |
| Verkehrsmittel nutzen |  |  |  |  |
| Sich im Schulgebäude/Schulgelände orientieren |  |  |  |  |
| Sich im Schulgebäude/Schulgelände bewegen (Treppen überwinden …) |  |  |  |  |
| Wege außerhalb des Geländes, Lerngänge bewältigen |  |  |  |  |
| Sich sicher fortbewegen |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Aufgabe** | **Kann alleine** | **Kann mit**  **Hilfe** | **Kann nicht** | **Beschreibung /**  **Erläuterungen** |
| **Pflege und Hygiene** | | | | |
| Windeln wechseln |  |  |  |  |
| Toilette nutzen |  |  |  |  |
| Monatshygiene |  |  |  |  |
| Körperhygiene nach dem Toilettengang durchführen |  |  |  |  |
| Katheder wechseln | |  |  |  |
| Mundhygiene durchführen |  |  |  |  |
| Desinfektion vornehmen |  |  |  |  |
| Körperposition verändern (Lagerung) |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Teilhabe am Unterrichts- und Schulalltag: Arbeitsverhalten** | | | | |
| Planung und Ordnung von Zeit |  |  |  |  |
| Planung und Ordnung am Arbeitsplatz |  |  |  |  |
| Planung und Ordnung von Aufgaben |  |  |  |  |
| Aufmerksamkeit steuern |  |  |  |  |
| Nutzung von Unterrichtsmaterialien |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Teilhabe am Unterrichts- und Schulalltag: Sozialverhalten/Psychische Stabilität** | | | | |
| Regeln des Schul-/Unterrichtsalltags akzeptieren/ anwenden |  |  |  |  |
| Lösen von Konfliktsituationen |  |  |  |  |
| Lösen von psychischen/emotionalen Belastungssituationen |  |  |  |  |
| Strategien zur Konfliktbewältigung nutzen |  |  |  |  |
| Kontakte aufnehmen, Kommunikation und Beziehungen aufrecht erhalten |  |  |  |  |
| Eigenaktivität bei der Pausengestaltung |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Hilfsmittel** | | | | |
| Aufführung des jeweiligen Hilfsmittels z.B. Orthesen |  |  |  |  |
| Nutzung individueller Kommunikationshilfen |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Aufgabe** | **Kann alleine** | **Kann mit**  **Hilfe** | **Kann nicht** | **Beschreibung /**  **Erläuterungen** |
| **Sonstiges** | | | | |
| Begleiten und Beaufsichtigen bei Auszeiten / Rückzugszeiten aus dem Unterricht |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Datum Unterschrift Gutachter/in