



Einverständniserklärung Sonderpädagogischer Dienst

Wir sind / Ich bin damit einverstanden, dass unser / mein Kind

_____ , geboren am _____

derzeit in Klasse _____ , Klassenlehrerin/Klassenlehrer: _____

an der Kooperation mit dem sonderpädagogischen Dienst teilnimmt.

Wir sind / Ich bin weiter damit einverstanden, dass Informationen, Berichte und Unterlagen über unser / mein Kind eingeholt bzw. ausgetauscht werden dürfen:

- Kindergarten oder bislang besuchte Schule(n) (Name, Adresse, Telefon, Ansprechpartner)

- Ärzte und Therapeuten (Name, Adresse, Telefon)

- Evtl. Sachbearbeiter beim Jugendamt / Sozialamt (Name, Telefon)

- Sonstige:

(Ort, Datum)

(Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten)



Elternfragebogen Sonderpädagogischer Dienst

1. Persönliche Daten

Nachname des Kindes	
Vorname des Kindes	
Geschlecht	<input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich
Geburtstag und Geburtsort	
Adresse	
Telefonnummer(n)	
Name der Mutter	
Name des Vaters	
Erziehungsberechtigte/r	<input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> beide <input type="radio"/> andere Person/en: _____
Geschwister	

2. Vorschulische Daten

Name des Kindergartens:	
	besucht von: bis:
Ansprechpartner/in im Kindergarten	
Gab es einen Kindergartenwechsel?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja; Grund:

3. Schulische Daten

Klasse	
Klassenlehrerin / Klassenlehrer	

Schullaufbahn	
- Zurückstellung vom Schulbesuch	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja; Grund:
- Besuch der Grundschulförderklasse	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
- Einschulung	_____ (Jahr) _____ (Schule)
- Wiederholte Klasse(n)	_____
- Besuch anderer Schulen	_____

4. Bereits erfolgte Fördermaßnahmen

Was?	Ergebnis / Bemerkung
Frühförderung <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass bei Bedarf Kontakt mit der Frühförderung aufgenommen werden kann.	
Integrationshilfe im Kindergarten <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	
Sonstige Therapien durch verschiedene Institutionen	

(Ort, Datum)

(Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten)