



Baden-Württemberg

STAATLICHES SCHULAMT LÖRRACH

Antrag zur Prüfung des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot (Zutreffendes bitte ankreuzen, bzw. Entsprechendes ausfüllen)

gemäß §82 ff SchG BW und §4 ff SBA-VO BW

	Antrag	Termin	Name
<input type="checkbox"/>	zur Einschulung	bis spätestens 01.12. eines Jahres	
<input type="checkbox"/>	Übergang Sekundarstufe I	bis spätestens 01.12. eines Jahres	
<input type="checkbox"/>	Sonderpädagogischer Dienst	bis spätestens 30.04. eines Jahres	
<input type="checkbox"/>	Verlängerung		
<input type="checkbox"/>	BVE, KoBV, VAB	bis spätestens 30.04. eines Jahres	
<input type="checkbox"/>	Aussetzung / Aufhebung <input type="checkbox"/>	nur in Rücksprache mit FB - SBBZ	

1. Personenbezogene Daten des Kindes oder des Jugendlichen

Name, Vorname(n)	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d
Anschrift:	<input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Schule: seit:
Geburtsdatum:	Schulbesuchsjahr: Jahrgangsstufe:
Geburtsort:	Nationalität: Religion:

2. Personenbezogene Daten der Erziehungsberechtigten

Name, Vorname(n) der Mutter / des Vaters:	Name, Vorname(n) des Vaters / der Mutter:
Anschrift:	Anschrift (wenn abweichend):
Telefon:	Telefon:
Sorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Andere Sorgeberechtigte (Pflegeeltern / Betreuer / Vormund):

Name, Vorname(n) Anschrift: Telefon:

Ort, Datum:

Name des Verfassers des Gutachtens:

Name der besuchten zuständigen Einrichtung oder Schule:

(Schul-/Einrichtungsstempel)

Name der besuchten zuständigen Einrichtungs-, bzw. Schulleitung:



Baden-Württemberg
STAATLICHES SCHULAMT LÖRRACH

3. Wunsch der Erziehungsberechtigten

Hiermit beantrage(n) ich/wir als Erziehungsberechtigte beim Staatlichen Schulamt Lörrach

zu prüfen, ob mein / unser Kind (Name, Vorname): _____

Anspruch auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot hat.

Falls das Staatliche Schulamt Lörrach feststellt, dass mein / unser Kind Anspruch auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot hat, wünsche(n) ich / wir die Einlösung des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot

Bitte ankreuzen: **in einem inklusiven Gruppenangebot an einer allgemeinen Schule**

in einem Sonderpädagogisches Bildungs- und Beratungszentrum (SBBZ)

Ich / Wir habe(n) beim LRA Waldshut-Tiengen / beim LRA Lörrach
einen Antrag auf Schulbegleitung im Sinne SGB IX § 99 ff oder SGB VIII §35 gestellt

4. Gegebenenfalls Ergänzungen / Erläuterungen

5. Aktuelle Empfehlung aus Sicht der Sonderpädagogik bezüglich des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot im kommenden Schuljahr (Förderschwerpunkt und Bildungsgang)

Bitte ankreuzen/benennen und ggfs. Bildungsgang ergänzen

<input type="checkbox"/>	Benötigt ein sonderpädagogisches Bildungsangebot		
<input type="checkbox"/>	Lernen	<input type="checkbox"/>	Sprache
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Körperliche und motorische Entwicklung	Bildungsgang:	
<input type="checkbox"/>	Hören	Bildungsgang:	
<input type="checkbox"/>	Sehen	Bildungsgang:	
<input type="checkbox"/>	Emotionale und soziale Entwicklung	Bildungsgang:	

Internat (nach § 15 Abs. 3 SchG)

Ort, Datum Unterschriften der Erziehungsberechtigten

Ort, Datum Unterschrift der Schulleitung der besuchten Schule

Ort, Datum Unterschrift des Sprechers / Bereichsleiters SOPÄDIE oder Schulleitung SBBZ