STAATLICHES SCHULAMT OFFENBURG   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Antrag zur Prüfung des Anspruchs auf ein**

**sonderpädagogisches Bildungsangebot**

**gemäß § 82 SchG Feststellung des Anspruchs und §4 SBA-VO**

**- Datenblatt -**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Personenbezogene Daten des Kindes/der Schülerin/des Schülers** | | | |
| **Name:** | | **Vorname:**  weibl.  männl.   divers | |
| Geburtsdatum: | Religion: | Geburtsort: | Land: |
| Klasse: | Einschulung: | Nationalität: | Erstsprache: |
| Name, Vorname der **Mutter**:  Anschrift:  Telefon:  E-Mail:  Erziehungsberechtigt:  Ja  Nein | | Name, Vorname des **Vaters**:  Anschrift (wenn abweichend):  Telefon:  E-Mail:  Erziehungsberechtigt:  Ja  Nein | |
| Schüler/in gemeldet bei: Eltern:  Mutter:  Vater:  Pflegeeltern: | | | |
| Andere **Sorgeberechtigte**: Name:  Anschrift:  Telefon:       E-Mail: | | | |

|  |
| --- |
| **Bei Feststellung des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot** wünschen die Erziehungsberechtigten zum aktuellen Zeitpunkt die Beschulung  an einem SBBZ.  im Rahmen eines inklusiven Bildungsangebots.  offen |
| Es wird eine/einDolmetscherin/Dolmetscher in der Sprache            gewünscht. |

*Datum Schulleitung der allgemeinen Schule*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Derzeit besuchte vorschulische Einrichtung/Schule** | | |
| Name der aktuellen Einrichtung:       Telefon: | | |
| **Klassenlehrkraft/Kooperationslehrkraft bzw. Erzieherin/Erzieher:**    Telefon:       E-Mail: | Zurückstellung  (SJ): | Wiederholte Klasse: |
| Zuständige Grundschule (bei Vorschulkindern): | | |

|  |
| --- |
| 1. **Sonderpädagogischer Dienst/Sonderpädagogische Beratungsstelle** |
| Name des SBBZ/Beratungsstelle:       Telefon: |
| Sonderpädagogin/Sonderpädagoge: |