

Formblatt B1

Ausgangsdatum Schule:

Eingangsdatum MSD:

Beantragung einer Beratung durch den Mobilen Sonderpädagogischen Dienst (MSD)

- Beratung bei Anhaltspunkten für sonderpädagogischen Förderbedarf (gemäß § 13 Absatz 2 SOFS)
- Beratung im Hinblick auf möglichen Wechsel des Förderschwerpunktes (gemäß § 15 SOFS)
- Beratung im Hinblick auf künftige Schulanfängerin/künftigen Schulanfänger (gemäß § 4 Absatz 4 Satz 2 SOGS, § 9 Absatz 1 Satz 2 SOGES, § 64a Absatz 1 Nummer 1 SOOSA in Verbindung mit § 4 Absatz 4 Satz 2 SOGS)

Antragstellerin/Antragsteller:	<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Schule
---------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

Angaben zur Schulanfängerin/zum Schulanfänger/zur Schülerin/zum Schüler		
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
	<input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> ohne Angabe
Anschrift:		
aktuelle Klassenstufe:	<input type="checkbox"/>	Deutsch als Zweitsprache / Etappe:
Bereits festgestellter sonderpädagogischer Förderbedarf im Förderschwerpunkt/in den Förderschwerpunkten:		
<input type="checkbox"/> emotionale und soziale Entwicklung	<input type="checkbox"/> geistige Entwicklung	<input type="checkbox"/> Hören
<input type="checkbox"/> körperliche und motorische Entwicklung	<input type="checkbox"/> Lernen	
<input type="checkbox"/> Sehen	<input type="checkbox"/> Sprache	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> in Verbindung mit gutachterlich bestätigter Autismus-Spektrum-Störung	

Angaben zu den Eltern (Eltern sind gemäß § 45 Absatz 5 SächsSchulG die Personensorgeberechtigten.)	
Name, Vorname:	Beziehung zum Kind ¹ :
Anschrift:	
Telefon:	
E-Mail (freiwillige Angabe):	
Name, Vorname:	Beziehung zum Kind ¹ :
Anschrift:	
Telefon:	
E-Mail (freiwillige Angabe):	
Name, Vorname:	Beziehung zum Kind ¹ :
Anschrift:	
Telefon:	
E-Mail (freiwillige Angabe):	
<input type="checkbox"/> Vollmacht eines sorgeberechtigten Elternteils liegt vor (bitte beifügen) ² .	
<input type="checkbox"/> Für Elterngespräche ist eine Sprachmittlerin/ein Sprachmittler notwendig (freiwillige Angabe).	
Sprache ³ :	

¹ zum Beispiel Mutter/Vater, Großmutter/Großvater, Pflegemutter/Pflegevater, Vormund

² Vollmacht für die alleinige Entscheidungsbefugnis in allen schulischen Angelegenheiten oder für den Verhinderungsfall eines sorgeberechtigten Elternteils

³ kann auch Gebärdensprache sein

Formblatt B1

Angaben zur Schule	An: MSD der Förderschule
Name:	Name:
Anschrift:	Anschrift:
Telefon:	Telefon:
E-Mail:	E-Mail:
Ansprechpartnerin/Ansprechpartner (Name/Funktion):	

Anlass/Ziel der Beratung
<p><input type="checkbox"/> Es liegt eine gutachterlich bestätigte Autismus-Spektrum-Störung vor.</p>
Begründung
<p><input type="checkbox"/> Eine Dokumentation bisheriger Maßnahmen zur Entwicklung und Förderung ist beigelegt (mit Einwilligung der Eltern).</p>

Einwilligung der Eltern
<p>Die Eltern wurden über die Beantragung der Beratung und die gemäß § 13 Absatz 2 SOFS beabsichtigten Maßnahmen (Beobachtung z. B. in der Schule oder Kindertageseinrichtung, Austausch mit pädagogischen Fachkräften über deren Erkenntnisse und Wahrnehmungen, Hinweise zu Fördermaßnahmen) informiert.</p> <p><input type="checkbox"/> Sie sind mit einer ggf. beabsichtigten Durchführung von standardisierten Testverfahren durch den MSD einverstanden. Ihnen ist bekannt, dass sie über die einzusetzenden Testverfahren durch den MSD informiert werden.</p> <p><input type="checkbox"/> Sie sind mit der ggf. notwendigen Einbeziehung einer Lehrkraft mit besonderer Fachexpertise⁴ durch den MSD einverstanden.</p>
<p>Die Eltern willigen in die Verarbeitung der erhobenen personenbezogenen Daten gemäß Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe a und Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe a DSGVO im Rahmen der Beratung durch den MSD ein. Die Einwilligungen sind freiwillig und können jederzeit, auch einzeln, mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Die Eltern haben zudem das Formblatt „Informationen zum Datenschutz“ erhalten und zur Kenntnis genommen.</p> <p><input type="checkbox"/> Sie erlauben die Verwendung der Dokumentation bisheriger Maßnahmen zur Entwicklung und Förderung durch den MSD.</p> <p><input type="checkbox"/> Sie erlauben die Einsichtnahme in die Entwicklungsdokumentation der Kindertageseinrichtung durch den MSD.</p> <p><input type="checkbox"/> Die Eltern stellen folgende medizinische/psychologische/therapeutische Unterlagen für die Beratung zur Verfügung:</p>
<p><input type="checkbox"/> Die Eltern möchten in die Beratung einbezogen werden.</p> <p>Sie nehmen folgende Besonderheiten/Auffälligkeiten bei ihrem Kind wahr:</p>

⁴ z. B. Fachberaterin/Fachberater für Autismus, Fachberaterin/Fachberater für LRS, Fachberaterin/Fachberater für Schuleingangsphase, Betreuungslehrkraft DaZ

Formblatt B1

Kontaktdaten der Kindertageseinrichtung (nur bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern, freiwillige Angaben der Eltern)	
Name:	
Anschrift:	
Telefon:	E-Mail:
Ansprechpartnerin/Ansprechpartner:	

Die Schulleiterin/der Schulleiter beantragt die Beratung durch den MSD der zuständigen Förderschule.

_____	_____	_____	_____
Datum	Unterschrift Eltern	Datum	Unterschrift Eltern
_____	_____	_____	_____
Datum	Unterschrift Eltern	Datum	Unterschrift Lehrkraft