

**Formblatt B2
(zu Ziffer II Satz 1)**

Ausgangsdatum MSD:

Eingangsdatum Schule:

Ergebnisprotokoll zur 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)

Schulanfängerin/Schulanfänger/Schülerin/Schüler		
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Stammschule:		

Angaben zum MSD	
Name der Förderschule:	
Anschrift:	
Telefon:	E-Mail:
Beraterin/Berater:	

Ergebnisse des Beratungsprozesses

Empfehlungen
<input type="checkbox"/> Erneute Beratung (soweit möglich, bitte den Zeitraum angeben):
<input type="checkbox"/> Weitere Beratung aufgrund von Anhaltspunkten für sonderpädagogischen Förderbedarf im Förderschwerpunkt: <input type="checkbox"/> in Verbindung mit gutachterlich bestätigter Autismus-Spektrum-Störung
<input type="checkbox"/> Einleitung des Verfahrens zur Feststellung von sonderpädagogischem Förderbedarf im Förderschwerpunkt: <input type="checkbox"/> in Verbindung mit gutachterlich bestätigter Autismus-Spektrum-Störung
<input type="checkbox"/> Die Ergebnisse der Beratung und die Empfehlungen wurden mit den Eltern besprochen.
<input type="checkbox"/> Die Ergebnisse der Beratung und die Empfehlungen wurden mit der Schule besprochen.

Datum

Unterschrift Beraterin/Berater des MSD

Formblatt B2
(zu Ziffer II Satz 1)

Abschließendes Gespräch zu den Ergebnissen der Beratung - Teilnehmende	
Lehrkraft der Stammschule:	
Eltern:	
Beraterin/Berater des MSD	
weitere Beteiligte ¹ :	

Anmerkungen der Eltern

Vereinbarungen
<input type="checkbox"/> Der Beratungsantrag sowie das Ergebnisprotokoll zur Beratung werden an den Mobilen Sonderpädagogischen Dienst der Förderschule weitergeleitet.

Datum	Unterschrift Schulleiterin/Schulleiter	Datum	Unterschrift Eltern
Datum	Unterschrift Eltern	Datum	Unterschrift Eltern

¹ z. B. weitere einbezogene Lehrkräfte mit besonderer Fachexpertise, Therapeutinnen/Therapeuten, Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des Jugend- oder Sozialamtes