|  |
| --- |
|  |
| Ort, Datum |

**Stellungnahme der** Schulname, Anschrift **zur Anforderung der Unterstützung durch Mobile Sonderpädagogische Dienste (MSD)**

**für die Schülerin, den Schüler:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| (Name, Vorname ) | | (Geburtsdatum) | (Geschlecht) | |
| (Schule) | | | (Klasse) | |
| (Klassenleitung, Dienstbez.) | | | | |
| (Erziehungsberechtigte) | (Adresse) | | | (Telefon) |

**Schullaufbahn:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Schuleintritt** im Schuljahr       **Zurückstellung**  ja, im Schuljahr      ,  nein | | | | | | | | | |
| **Jg.stufe** | 1. Jgst. | 2. Jgst. | 3. Jgst. | 4. Jgst | 5. Jgst. | 6. Jgst. | 7. Jgst. | 8. Jgst. |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Anlass für die Unterstützung durch den Mobilen Sonderpädagogischen Dienst:**

|  |
| --- |
| Anlass: |
| Von der  Schule  und  Eltern gewünscht:  Fortsetzung der Unterstützung durch MSD (Unterstützung wurde im Schuljahr       begonnen)  Überprüfung eines vermuteten bzw. vorliegenden sonderpädagogischen Förderbedarfs  Beratung und Information durch MSD zu  Unterstützungsmöglichkeiten und Förderplanung    möglichen schulischen Lernorten  Förderung an der besuchten Schule   Sonstiges \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Beobachtungen (Unterricht / Schulleistungen) der verantwortlichen Lehrkraft:**

Name:       Vorname:

|  |
| --- |
| Lernverhalten: (Auffassen, Betrachten, produktives u. reproduktives Denken, Transfer, …) |
| Arbeitsverhalten: (Konzentration, Arbeitstempo, Sorgfalt, Ausdauer, Selbstständigkeit, Kreativität, …) |
| Sozialverhalten: (Kontaktverhalten, Kooperationsfähigkeit, Beziehungen, Konfliktverhalten, Aggressivität, Rückzug, …) |

|  |
| --- |
| Kognition: (Auffassung, Verständnis, Gedächtnis u. Merkfähigkeit, Schlussfolgerungen, Wahrnehmung, …) |
| Motorik: (Grobmotorik, Fortbewegung, Feinmotorik, Bewegungsdrang, Unruhe, Passivität, …) |
| Sprache: (Sprachentwicklung, Sprachfehler, Sprachhemmung, Wortschatz, Satzbau, …) |
| Schulleistungen: (Deutsch, Mathematik, Schreiben, Rechtschreibung, Lesen, Sonstiges, …) |
| Sonstiges: (Kontakte mit Gleichaltrigen, Freundschaften, Gruppen, Vereine, Sportgruppen, …) |

**Bisherige Maßnahmen:**

|  |
| --- |
| Schulische Unterstützung: (Pädagogische Differenzierung, Sozialarbeit in der Schule, Beratungslehrer, Schulpsychologen, Mobiler, Sonderpädagogischer Dienst, …) |
| Außerschulische Unterstützung: (Beratungsstellen, Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, Jugendamt, Familienhilfe) |

………………………………………………

Ort, Datum

................................................................ …………………………………………………..

Klassenleitung Schulleitung