

An:
Mobiler Sonderpädagogischer Dienst
Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung

Mobile
Sonderpädagogische
Dienste

Privates Förderzentrum Aschau
Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung
Bernauer Straße 18
83229 Aschau im Chiemgau
Tel.: 08052/171-1501
Fax: 08052/171-1599
Email: schule@bz-aschau.de



*Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten für den Einsatz
des MSD im Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung*

Name des Schülers

Vorname

Geb. Datum

Name der Erziehungsberechtigten

Anschrift

Tel.:

- Wir sind darüber informiert worden, dass unser Kind dem **Mobil**en **Sonderpädagogischen Dienst Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung (MSD FkmE)** vorgestellt wird.
- Wir sind mit der Feststellung eines evt. Sonderpädagogischen Förderbedarfs körperliche und motorische Entwicklung einverstanden. Die ermittelten Daten werden vertraulich behandelt.
- Wir sind damit einverstanden, dass die weitere Förderung mit den Lehrkräften unseres Kindes abgesprochen wird.

-
- Wir sind damit einverstanden, dass sich der MSD FkmE mit den bereits behandelnden Fachdiensten in Verbindung setzt und sich in Bezug auf diejenigen Angelegenheiten, die im unmittelbaren Zusammenhang mit unserem Kind stehen, bespricht und entbinden die Einrichtungen und Personen von der Schweigepflicht.

Die ausgetauschten Informationen unterliegen auch von unserer Seite der Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

An:
Mobiler Sonderpädagogischer Dienst
Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung

Mobile
Sonderpädagogische
Dienste

Privates Förderzentrum Aschau
Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung
Bernauer Straße 18
83229 Aschau im Chiemgau
Tel.: 08052/171-1501
Fax: 08052/171-1599
Email: schule@bz-aschau.de



Anmeldung für den Einsatz des MSD
im Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung

Personenangaben:

Name des Schülers _____ Vorname _____ Geb. Datum _____

Name der Erziehungsberechtigten _____

Anschrift _____ Tel.: _____

Diagnose der Körperbehinderung (nach Möglichkeit belegt durch Arztbrief mit ICD-10) _____

Schule _____ Tel./Fax: _____

Klassenlehrer/in _____ Tel.: _____

Sprechzeiten _____ E-Mail _____

Schullaufbahn:

Klassen	1	(1A)	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Berufl.Schulen
Volksschule														
Förderschule														
Weiterführende Schule														

Zurückstellungen: _____ Wiederholungen: _____

Kurze Beschreibung des anstehenden Problems:

(z.B. Motorische Beeinträchtigungen, Auffälligkeiten im Unterricht)

Lern- und Leistungsverhalten:

Sozialverhalten (gegenüber Mitschülern, Lehrkräften) / Einschätzung der psychischen Befindlichkeit:

Kontakte Elternhaus/Schule:

Bisherige Maßnahmen:

(z.B. Beratungslehrer, Schulpsychologe, Therapeuten)

Fragestellung(en) an den Mobilen Sonderpädagogischen Dienst:

Die Angaben sind für unsere Arbeit sehr wichtig. Bitte schicken Sie diese baldmöglichst an uns zurück, damit wir einen Beratungstermin vereinbaren können. Vielen Dank!

Ort, Datum

Klassenleitung

Schulleitung