bei Erstantrag: Gutachter\*in
bei Fortschreibung: Schule

 Datum:

An das

Staatliche Schulamt Biberach

Jutta Hermes (Begleitstelle Inklusion)

entsprechende Mitarbeiterin (z.B. Autismusbeauftragte)

Erlenweg 2/1

88400 Biberach

**Schulbegleitung (Schulassistenz) für Schüler\*innen mit besonderem Unterstützungsbedarf oder Schüler\*innen mit Anspruch auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot (SBA)**

[ ]  Erstantrag [ ]  Folgeantrag

|  |
| --- |
| **1. Persönliche Daten** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name, Vorname | Geburtstag | Gruppe/ Klasse/Klassenstufe |
|  |  |       |
| Eltern / SorgeberechtigteName, Vorname | AnschriftStraße /Ort | Telefon (Festnetz) |
|       |  |       |
|  | Handynummer: | Email: |

|  |
| --- |
| **2.** **Schulische Ansprechpartner\*innen (Lehrkraft, Rektor, Beratungslehrer etc.)**  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name, Vorname - Schule | Telefonisch erreichbar unter: | E-Mail: |
|            |       |       |
|            |       |       |

|  |
| --- |
| **3a. Anspruch auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot**  |
| **Wird im Rahmen der Begutachtung voraussichtlich ein Anspruch auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot empfohlen?** [ ]  ja [ ]  nein  **Bei Fortschreibung: Besteht ein Anspruch auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot?** [ ]  ja [ ]  nein |
| **Wenn ja:** Sonderpädagogische Begleitung durch die FachrichtungAnzahl der voraussichtlichen Sonderschullehrerstunden       |
| **Wenn nein:**Beratung/Begleitung durch den Sonderpädagogischen Dienst? [ ]  nein  [ ]  ja, Name des SBBZ:       |

|  |
| --- |
| **4. Zum Bedarf an Schulbegleitung (Schulassistenz)** |
| * 1. **In welchen Bereichen / bei welchen Tätigkeiten benötigt der Schüler/die Schülerin Assistenzdienstleistungen?**

     Bitte listen Sie hier die einzelnen Assistenzleistungen unter Berücksichtigung der Sonderschullehrerstunden auf. Verstanden werden hierunter begleitende Hilfen durch schulfremde Personen zur Sicherung der Teilhabe am Schulleben.           |

|  |
| --- |
| 1. **Schülerbeförderung**
 |
| * 1. **Muss der Schüler/die Schülerin befördert werden?**

[ ]  ja [ ]  nein* 1. **Wenn ja:**

[ ]  Muss der Schüler/die Schülerin im Rollstuhl befördert werden?[ ]  Muss der Rollstuhl mit befördert werden?[ ]  Ist eine Einzelbeförderung notwendig? (Begründung bitte beifügen)[ ]  Benötigt der Schüler/die Schülerin eine Begleitperson während der Fahrt zur Schule?[ ]  Hat der Schüler/die Schülerin manchmal epileptische Anfälle? [ ]  Was ist noch hinsichtlich der Schülerbeförderung zu beachten?         |

|  |
| --- |
| 1. **Schulkindbetreuung**
 |
| * 1. **Besucht der Schüler/die Schülerin die Schulkindbetreuung und besteht hierbei Assistenzbedarf?**

[ ]  ja [ ]  nein |

      gez.      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum (f.d.R.: Unterschrift Gutachter\*in bzw. Schulleitung)

|  |
| --- |
| 1. **Stellungnahme des SSA BC**
 |
|  [ ]  Eine Schulbegleitung wird für die Teilhabe am Unterricht und am Schulleben als notwendig erachtet. [ ]  Der Unterstützungsbedarf des Kindes kann schulintern geleistet werden. |

      gez.      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum (f. d. R.: Mitarbeiter/in des SSA BC)

**Bei fehlender Stellungnahme des Staatlichen Schulamts Biberach wurde diese in der begleitenden E-Mail übermittelt.**