|  |
| --- |
|  |
| 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