



# ANMELDUNG für den MOBILEN SONDERPÄDAGOGISCHEN DIENST

*Schulstempel der beantragenden Schule*

### 1. Für wen wird die Beratung / Betreuung gewünscht?

<i>Name, Vorname der Schülerin / des Schülers</i>		<i>m/w</i>	<i>Geburtsdatum</i>	<i>Nationalität / Muttersprache</i>
<i>Erziehungsberechtigte (Name und Anschrift)</i>		<i>Telefon</i>		
		<i>E-Mail</i>		
<i>Klasse</i>	<i>Klassenlehrer/in</i>	<i>Telefon</i>		
		<i>E-Mail</i>		

### 2. Schullaufbahn: (Bitte jeweils das Schuljahr eintragen!)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
GS/MS									
FöS									

Besuch einer SVE:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	DFK-Empfehlung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Einschulung:	<input type="checkbox"/> vorzeitig	<input type="checkbox"/> altersentsprechend	<input type="checkbox"/> zurückgestellt			
Wiederholung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	in der __. Klasse im Schuljahr _____			

### 3. Notenbild: (Bitte auch eine Kopie des letzten Zeugnisses beilegen!)

	D	M	HSU	NT/PCB	GPG/GSE	Eng		
letztes Zeugnis:								
aktuell:								

*(Hinweis: Es ist möglich Teilnoten bei 7. einzutragen.)*

### 4. Welche schulinternen Maßnahmen wurden bereits ergriffen?

<input type="checkbox"/> Beratungslehrer/in oder Schulpsychologe/in: <i>(Diese Beratung bitte vor Einbeziehung des MSD in Anspruch nehmen!)</i>
<input type="checkbox"/> Förderstunden:
<input type="checkbox"/> Notenaussetzung / Nachteilsausgleich <input type="checkbox"/> Lernziendifferenzierung



**5. Kurze Beschreibung des anstehenden Problems:**

**6. Welche Unterstützung wird vom MSD gewünscht?**

**7. Kurze Beschreibung von Stärken und Schwächen im**

**Bereich Deutsch:**

**Bereich Mathematik:**

**Bereich sonstiger Fächer:**



**8. Lern- und Arbeitsverhalten:**

*(Arbeitsstil, Konzentration, Ablenkbarkeit, Ausdauer, Motivation, Anstrengungsbereitschaft, schriftlich-mündlich, Selbständigkeit, Hausaufgaben)*

**9. Sozialverhalten:**

*(emotionales Befinden, soziale Beziehungen, Verhalten gegenüber Mitschülern/Lehrern, Kontaktverhalten, Konfliktverhalten, Auffälligkeiten)*

**10. Kontakt zum Elternhaus:**

Die Eltern sind über diese MSD-Anforderung schriftlich informiert?  ja  nein

**11. Bisherige Diagnosen und Maßnahmen:**

- |                                       |   |                                      |  |                                       |
|---------------------------------------|---|--------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> LRS          | <input type="checkbox"/> Dyskalkulie    | <input type="checkbox"/> AD(H)S      | <input type="checkbox"/> Sprachstörung | <input type="checkbox"/> Brille       |
| <input type="checkbox"/> LRS-Therapie | <input type="checkbox"/> Dysk.-Therapie | <input type="checkbox"/> Medikamente | <input type="checkbox"/> Logopädie     | <input type="checkbox"/> Ergotherapie |
| <input type="checkbox"/> weitere:     |   |                                      |  |                                       |

**12. Welche außerschulischen Dienste wurden in Anspruch genommen?**

*(Therapeuten, Kliniken, Heckscher, SPZ, HPT/Hort, Beratungsstellen usw.; bitte nach Möglichkeit Berichte/Gutachten beifügen)*

\_\_\_\_\_  
*Ort*

\_\_\_\_\_  
*Datum*

\_\_\_\_\_  
*Schulleitung*

\_\_\_\_\_  
*Klassenlehrer/in*

- Anlagen:**  Kopie des letzten Zeugnisses  vorliegende Berichte und Gutachten



## ELTERNINFORMATION

### *Anmeldung zum MSD*

*Schulstempel der beantragenden Schule*

Sehr geehrte/r \_\_\_\_\_,

wir möchten Ihnen mitteilen, dass wir zu unserer Unterstützung mit dem  
Mobilen Sonderpädagogischen Dienst (MSD) des SFZ Waldkraiburg zusammenarbeiten.

In Gesprächen, Beobachtungen und Tests werden Stärken und Schwächen Ihres Kindes festgestellt.  
Darauf sollen eine Beratung und eventuell eine Förderung Ihres Kindes aufbauen.

Haben Sie dazu Fragen? Nehmen Sie bitte Kontakt mit uns auf!

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_

Ich/Wir wurden darüber informiert, dass mein/unser Kind

\_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_

durch die Lehrkraft des Mobilen Sonderpädagogischen Dienstes (MSD) an der Schule mitbetreut wird.

\_\_\_\_\_

*Ort*

*Datum*

\_\_\_\_\_

*Unterschrift der Erziehungsberechtigten*



## SCHWEIGEPFLICHT- ENTBINDUNG

*Schulstempel der beantragenden Schule*

Ich bin einverstanden, dass Lehrkräfte des MSD bezüglich meines Kindes

, geboren am \_\_\_\_\_

mit folgenden Einrichtungen und Personen Informationen gegenseitig austauschen dürfen:

1.	<input type="checkbox"/> <b>Grundschule/ Mittelschule:</b>
2.	<input type="checkbox"/> <b>Andere Schule:</b>
3.	<input type="checkbox"/> <b>Beratungslehrer / Schulpsychologe:</b>
4.	<input type="checkbox"/> <b>Kindergarten / SVE:</b>
5.	<input type="checkbox"/> <b>Therapeuten:</b>
6.	<input type="checkbox"/> <b>Kliniken:</b>
7.	<input type="checkbox"/> <b>Ärzte:</b>
8.	<input type="checkbox"/> <b>Hort / Heilpäd. Tagesstätte:</b>
9.	<input type="checkbox"/> <b>Andere Institutionen:</b> <i>Jugendamt, Erziehungsberatungsstelle, Einrichtung der Jugendhilfe (z.B. Heime)</i>

Die ausgetauschten Informationen unterliegen der Schweigepflicht.

Die Entbindung der Schweigepflicht kann jederzeit widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
*Ort*

\_\_\_\_\_  
*Datum*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift der Erziehungsberechtigten*