|  |  |
| --- | --- |
| Antrag für Massnahmen der Sonderschulung  (Erstantrag / Übertritt) | Verhalten |

**Bereich Verhalten ( diagnostizierte Autismus-Spektrum-Störung)**

**Art der verstärkten Massnahme:** **☞** **🡫** (**🡫** = Auswahlfelder)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Persönliche Angaben | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | |
| **Kind** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | |  | | | | |  | | | | |
| *Geschlecht:* | *W* | | | | *M* | |  | | |  | | | | |  | |  | | |
|  | | | | | | |  | | | *Nationalität* | | | | |  | | *Aufenthaltsstatus* | | |
|  | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | |
| *Name und Vorname des Kindes* | | | | | | |  | | | | *Geburtsdatum* | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |
| *Strasse, Postleitzahl, Ort* | | | | | | |  | | | | *politische Gemeinde* | | | | | | | | |
| 756. | | | | | | |  | | | |  | | | |  | |  | | |
| *Sozialversicherungsnummer (falls vorhanden)* | | | | | | |  | | | | *Eintritt KG oder Basisstufe* | | | |  | | *Eintritt 1. Klasse Primar* | | |
|  | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |
| **Mutter** | | | | | | |  | | | | **Vater** | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |
| *Name und Vorname der Mutter* | | | | | | |  | | | | *Name und Vorname des Vaters* | | | | | | | | |
| *Strasse, Postleitzahl, Ort* | | | | | | |  | | | | *Strasse, Postleitzahl, Ort* | | | | | | | | |
| *Telefon Privat / Mobile* | | | | | | |  | | | | *Telefon Privat / Mobile* | | | | | | | | |
| *Beruf* | |  | |  | | |  | | | | *Beruf* | | | | |  | |  | |
| *Nationalität* | |  | | *Aufenthaltsstatus* | | |  | | | | *Nationalität* | | | | |  | | *Aufenthaltsstatus* | |
| **Dolmetscher/in nötig:  ja  nein Sprache:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | |
| **Inhaber der elterlichen Sorge:** ☞ | | | | | | **🡫** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | |
| **Beistandschaft:  ja  nein** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | |
| **Behörde** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | |
| *Behörde* | | | | | | | |  | | | | *Mandat / Verfügung* | | | | | | | |
| *Name und Vorname* | | | | | | | |  | | | | *Telefon / Mobile* | | | | | | | |
| *Strasse, Postleitzahl, Ort* | | | | | | | |  | | | | *Mail* | | | | | | | |
| **Pflegeeltern** | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | |
| *Name und Vorname der Pflegemutter* | | | | | | | |  | | | | *Name und Vorname des Pflegevaters* | | | | | | | |
| *Strasse, Postleitzahl, Ort* | | | | | | | |  | | | | *Telefon Privat / Mobile* | | | | | | | |
| 2. Professioneller Kontext | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Angaben zum aktuellen Schuljahr** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | |
| *Regel- oder Sonderschule* | | | | | | | | |  | | | | *Schulhaus, Adresse* | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | |
| *Schulleiterin, Schulleiter* | | | | | | | | |  | | | | *Klasse / Stufe* | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | |
| *Telefon / Mobile Schulleiterin, Schulleiter* | | | | | | | | |  | | | | *Klassenlehrperson* | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | |
| *Mail Schulleiterin, Schulleiter* | | | | | | | | |  | | | | *Telefon / Mobile Klassenlehrperson* | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | *Mail Klassenlehrperson* | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Involvierte Fachpersonen und Fachstellen** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | **Name und Vorname** | | | | | | | | | | | **Telefon / Mobile und Mail** | | | | | **seit wann?** | |
| *Heilpädagogischer Früherziehungsdienst (HFD)* | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |
| *Lehrperson für integrative Förderung (IF)* | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |
| *Lehrperson für Deutsch als Zweitsprache (DaZ)* | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |
| *Logopädischer Dienst (LPD)* | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |
| *Psychomotorik-Therapiestelle (PMT)* | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |
| *Schulsozialarbeit (SSA)* | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |
| *Sozialberatungszentrum, Familienberatung (SOBZ)* | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |
| *Kinderarzt/Kinderärztin* | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |
| *Psychotherapie* | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |
| *IV-Berufsberatung* | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |
| *Weitere Fachpersonen* | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |

|  |
| --- |
| **Regelschule: Welche Unterstützungsmassnahmen wurden eingesetzt (Förderfaktoren)? Was haben sie bewirkt?** |
|  |
| **Schulische Massnahmen** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Massnahme** | **Beschreibung / Wirkung** | **Umfang (z. B. Anzahl Sitzungen von / bis)** | **Bericht wird**  **beigelegt** |
| *Massnahmen im Unterricht*  *(IF, KA, ILZ, DaZ etc.)* |  |  |  |
| *Schulpsychologischer Dienst (Beratung und Unterstützung, Coaching)* |  |  |  |
| *Schulsozialarbeit (Klassenintervention und Einzelberatung)* |  |  |  |
| *Familienklassenzimmer* |  |  |  |
| *Klassenwechsel* |  |  |  |
| *SOS-Massnahmen* |  |  |  |
| *IV-Berufsberatung* |  |  |  |
| *Weitere Massnahmen* |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |
| **Familienbezogene Massnahmen** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Massnahme** | **Beschreibung / Wirkung** | **Umfang (z. B. Anzahl Sitzungen von / bis)** | **Bericht wird**  **beigelegt** |
| *Heilpädagogischer Früherziehungsdienst* |  |  |  |
| *Familienbetreuung (SPFplus, KOFA, Contact, etc.)* |  |  |  |
| *Schulpsychologischer Dienst (Beratung und Unterstützung, Coaching)* |  |  |  |
| *Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde*  *(SOBZ, Berufsbeistandschaft)* |  |  |  |
| *Weitere Massnahmen* |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |
| **Therapeutische / Medizinische Massnahmen** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Massnahme** | **Beschreibung / Wirkung** | **Umfang (z. B. Anzahl Sitzungen von / bis)** | **Bericht wird**  **beigelegt** |
| *Schuldienst*  *(Logopädie,Psychomotorik)* |  |  |  |
| *Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst* |  |  |  |
| *Psychotherapie* |  |  |  |
| *Medizinische Massnahmen*  *(Kinderarzt etc.)* |  |  |  |
| *Weitere Massnahmen* |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |
| **Strafrechtliche Massnahmen** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Massnahme** | **Beschreibung / Wirkung** | **Umfang (z. B. Anzahl Sitzungen von / bis)** | **Bericht wird**  **beigelegt** |
| *Jugendanwaltschaft* |  |  |  |
| *Weitere Massnahmen* |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Regelschule: Welche hemmenden Faktoren im schulischen und familiären Kontext verunmöglichen dem Kind, im Regelschulunterricht seine Sach- , Sozial- und Selbstkompetenz dem Alter entsprechend zu entwickeln?** |
|  |

**🡪 Schulbericht/Lernbericht beilegen.**

Der Schulbericht gibt Auskunft zum aktuellen Entwicklungs- und Lernstand und zu den Schwerpunkten der Förderplanung. Relevante Lebens- und Erfahrungsbereiche auf Basis ICF-CY berücksichtigen.

|  |
| --- |
| **Bemerkungen / Ergänzungen** |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Schulpsychologische Abklärung** | | |
|  | | |
| **Abklärende Stelle** | | |
|  |  |  |
| *Fachstelle* |  |  |
|  |  |  |
| *Fachperson* |  | *Telefon / Mobile* |
|  |  |  |
| *Strasse, Postleitzahl, Ort* |  | *Mail* |

Bitte den Abklärungsbericht beilegen, der die folgenden Elemente berücksichtigt:

Allgemeine Angaben: - Angaben zur Abklärungsstelle und zur fallführenden Person

- Angaben zum Kind / Jugendlichen

- Anmeldung und Fragestellung

Basisabklärung: - Schulische und therapeutische Vorgeschichte (Professioneller Kontext)

- Familiärer Kontext

- personale, soziale und methodische Kompetenzen (in Ergänzung zum Schulbericht)

- Erfassung der Funktionsfähigkeit

- Psychodiagnostik (Kategoriale Erfassung)

Bedarfsabklärung: - Empfehlung

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3. Beantragte Sonderschulmassnahme | | |
|  | | |
| 3.1 Separative Sonderschulung (SeS) - Ausgangslage / Planung | | |
| *extern* |  | *intern (Begründung für die interne Platzierung 🡪 Formular "Indikation für eine Platzierung in einem Wohnheim, einer Pflegefamilie der Fachstelle Kinderbetreuung oder in einem Sonderschulinternat" (🡪 www.disg.lu.ch) beilegen!)* |
| **Bemerkungen** | | |
|  | | |
|  | | |
| 3.2 Integrative Sonderschulung (IS) - Ausgangslage / Planung | | |
| Die Zusammenstellung der benötigten Ressourcen innerhalb des vorgegebenen Kostendachs erfolgt in Zusammenarbeit mit der Fachperson der Sonderschule, des SPD oder des Fachdienstes Autismus.  Möglich sind: | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Leistungen der Sonderschule, des SPD oder des Fachdienstes Autismus:** |  | **Leistungen der Regelschule:** |
| - Beratung Schule  - Beratung Familie | - IF-Lektionen  - Zusatzlektionen Regelschullehrperson  - Klassenassistenz I  - Klassenassistenz II  - Logopädie (in Absprache mit der Schuldienstleitung)  - Psychomotorik-Therapie (in Absprache mit der Schuldienstleitung) |

|  |
| --- |
| **Angaben zum folgenden Schuljahr**: |
|  |
| *Schule, Schulhaus, Adresse* |
|  |
| *Klasse und Klassenlehrperson* |
|  |
| *Telefon / Mobile Klassenlehrperson* |
|  |
| *Mail Klassenlehrperson* |
|  |
| *Schulleiterin, Schulleiter* |
|  |
| *Telefon / Mobile Schulleiterin, Schulleiter* |
|  |
| *Mail Schulleiterin, Schulleiter* |

**☞Kopie Ausländerausweise von Kind und Eltern beilegen**

**☞Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten beilegen**

**☞Aus diesem Antrag lassen sich keine rechtlichen Ansprüche ableiten.**

|  |
| --- |
| Ort und Datum |
| Unterschrift der Schulleitung |

**Aus Datenschutzgründen bitte per Post einsenden an:**

Dienststelle Volksschulbildung

Schulbetrieb ll

Beauftragte/Beauftragter Sonderschulung

Kellerstrasse 10

6002 Luzern

**Gesprächsnotiz**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Name und Vorname des Kindes** |  | **Geburtsdatum** |

Die Erziehungsberechtigten sind mit der folgenden Massnahme einverstanden:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bereich: |  | |
| ☐ Integrative Sonderschulung | | ☐ Separative Sonderschulung extern |
|  | | ☐ Separative Sonderschulung intern |

|  |
| --- |
| Falls Sie als Erziehungsberechtigte mit der besprochenen Massnahme nicht einverstanden sind, welche Massnahmen schlagen Sie vor? |

**Erklärung der Erziehungsberechtigten**

Mit ihrer Unterschrift bestätigen die Erziehungsberechtigten, dass der Antrag auf Sonderschulung für ihr Kind mit ihnen besprochen wurde. Sie wurden darüber informiert, dass sich aus dem Antrag für Massnahmen der Sonderschulung keine rechtlichen Ansprüche ableiten lassen.

|  |  |
| --- | --- |
| Ort und Datum: |  |
|  |  |
|  |  |
|  | Unterschrift Erziehungsberechtigte |

**Entbindung von der Schweigepflicht**

Die Erziehungsberechtigten bezeugen mit ihrer Unterschrift, dass die Beauftragten für Sonderschulung berechtigt sind, alle zur vorliegenden Überprüfung notwendigen Informationen einzuholen. Die Erziehungsberechtigten willigen ein, dass die von den Beauftragten für Sonderschulung kontaktierten Fachpersonen zu diesem Zweck von ihrer Schweigepflicht entbunden sind. Die Beauftragten für Sonderschulung können der abklärenden Stelle ergänzend Klärungsaufträge erteilen.

|  |  |
| --- | --- |
| Ort und Datum: |  |
|  |  |
|  |  |
|  | Unterschrift Erziehungsberechtigte |

86780