Anmeldung zur Abklärung eines Sonderschulbedarfs

Bereiche Körper, Motorik, Gesundheit sowie Sehen, Hören

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kind** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | |  | | | | | | |
| *Geschlecht:* | *W* | | | | *M* | |  | |  | | | | | | |
|  | | | | | | |  | |  | | |  | | | |
| *Name* | | | | | | |  | | *Nationalität* | | | *Aufenthaltsbewilligung* | | | |
|  | | | | | | |  | |  | | | | | | |
| *Vorname* | | | | | | |  | | *Geburtsdatum* | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | **756.** | | | | | | |
| *Adresse, PLZ Ort* | | | | | | |  | | ***Sozialversicherungsnummer*** | | | | | | |
| **Mutter** | | | | | |  | | **Vater** | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | |  | | | | | | |
| *Name* | | | | | | |  | | *Name* | | | | | | |
|  | | | | | | |  | |  | | | | | | |
| *Vorname* | | | | | | |  | | *Vorname* | | | | | | |
|  | | | | | | |  | |  | | | | | | |
| *Beruf* | | | | | | |  | | *Beruf* | | | | | | |
|  | | | | | | |  | |  | | | | | | |
| *Adresse, PLZ Ort* | | | | | | |  | | *Adresse, PLZ Ort* | | | | | | |
|  | | | | | | |  | |  | | | | | | |
| *Politische Gemeinde* | | | | | | |  | | *Politische Gemeinde* | | | | | | |
|  | | | | | | |  | |  | | | | | | |
| *Telefon Privat / Mobile* | | |  |  | | |  | | *Telefon Privat / Mobile* | | | |  |  | |
|  | | | | | | |  | |  | | | | | | |
| *Mail* | | | | | | |  | | *Mail* | | | | | | |
|  | | | | | | |  | |  | | | | | | |
| *Sprache der Mutter* | | | | | | |  | | *Sprache des Vaters* | | | | | | |
|  | |  | | | | |  | |  | |  | | | | |
| *Nationalität* | | *Aufenthaltsbewilligung* | | | | |  | | *Nationalität* | | *Aufenthaltsbewilligung* | | | | |
| *Dolmetscher:* | *Nein* | | | | *Ja* | |  | | *Dolmetscher:* | *Nein* | | | | | *Ja* |
|  | | | | | | |  | |  | | | | | | |
| *Sprache* | | | | | | |  | | *Sprache* | | | | | | |

|  |
| --- |
| **Inhaber der elterlichen Sorge: ** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Bemerkung/Ergänzung:* | | | | | |
| **Administrative Verantwortung: zuständige Regelschule** | | | | | |
| ***Schulleitung, Adresse, PLZ Ort***    *Name, Vorname Schulleiter/in*    *Telefon / Mobile / Mail Schulleiter/in*    ***Schulhaus, Adresse, PLZ Ort***    *Name, Vorname Klassenlehrperson*    *Klasse / Schulstufe*    *Telefon / Mobile / Mail Klassenlehrperson* | | | | | |
| **Beistandschaft:  ja  nein** | | | | | |
| *Behörde, Adresse, PLZ Ort*    *Mandatsträger: Name, Vorname, Adresse, PLZ Ort*    *Mandat / Verfügung*    *Telefon / Mobile / Mail* | | | | | |
| **Fachverantwortung: Heilpädagogin, Heilpädagoge/andere Fachperson/Fachstelle** | | | | | |
| *Fachstelle, Adresse, PLZ Ort*    *Name, Vorname Fachperson*    *Telefon / Mobile / Mail* | | | | | |
| **Weitere involvierte Fachpersonen und Fachstellen** | | | | | |
|  |  |  | |  | |
|  | Name, Vorname | Telefon/ Mail | | Adresse | |
| Heilpädagogischer  Früherziehungsdienst |  |  | |  | |
| Kinderärztin/Kinderarzt |  |  | |  | |
| Spezialärztin/Spezialarzt |  |  | |  | |
| Ergotherapie |  |  | |  | |
| Physiotherapie |  |  | |  | |
| Schulpsychologischer Dienst |  |  | |  | |
| Schulsozialarbeit |  |  | |  | |
| Lehrperson für integrative Förderung (IF) |  |  | |  | |
| Logopädischer Dienst |  |  | |  | |
| Psychomotoriktherapie |  |  | |  | |
| Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst (KJPD) |  |  | |  | |
| Psychotherapie |  |  | |  | |
| Sozialberatungszentrum, Familienberatung |  |  | |  | |
| Spielgruppenleitung,  Leitung Kindertagesstätte |  |  | |  | |
| Weitere Fachpersonen |  |  | |  | |
|  | | | | | |
| **Welche Unterstützungsmassnahmen wurden bisher eingesetzt?** | | | | | |
| HFD-Abklärung und Heilpädagogische Früherziehung | | | von | | bis |
| Spielgruppe/KiTa | | | von | | bis |
| SPD-Abklärung | | | von | | bis |
| Abklärung beim Kinderarzt und Medizinische Massnahmen | | | von | | bis |
| Ergotherapie | | | von | | bis |
| Physiotherapie | | | von | | bis |
| Psychomotoriktherapie | | | von | | bis |
| Logopädie | | | von | | bis |
| KJPD-Abklärung | | | von | | bis |
| Psychotherapie | | | von | | bis |
| Sonderpädagogische Massnahmen (B+U, präventive Massnahmen) | | | von | | bis |
| Integrative Förderung | | | von | | bis |
| Deutsch als Zweitsprache | | | von | | bis |
| Betreuungsangebot | | | von | | bis |
| Hausaufgabenhilfe | | | von | | bis |
| Lernzielanpassung Fächer: -  - | | | von | | bis |
| Repetition Klasse: | | | von | | bis |
| Rehabilitation | | | von | | bis |
| Beistandschaft | | | von | | bis |
| Andere: | | | von | | bis |
| **Was haben diese Massnahmen bewirkt?** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Welche medizinischen Diagnosen und psychodiagnostischen Befunde liegen bereits vor?** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Inwiefern verunmöglicht die aktuelle Beeinträchtigung/Behinderung dem Kind im Regelschulunterricht seine Sach-, Sozial- und Selbstkompetenz altersentsprechend zu entwickeln?** | | | | | |
|  | | | | | |
| **In welchen Bereichen kann das Kind dem Schulunterricht nicht folgen?** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Welche Alternativen zu einer Sonderschulung wurden bereits in Erwägung gezogen?** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Welche Entwicklungsthemen und Kontextfaktoren würden aus fachlicher Sicht eher für eine integrative Sonderschulmassnahme (IS) sprechen und welche eher dagegen?** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Welche Entwicklungsthemen und Kontextfaktoren würden aus fachlicher Sicht eher für eine separative Sonderschulmassnahme (SeS) sprechen und welche eher dagegen?** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Wurden die Eltern über beide Möglichkeiten (IS, SeS) informiert?** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Gibt es Gründe für eine Internatsplatzierung?**(Indikationsraster: www.disg.lu.ch) | | | | | |
|  | | | | | |
| **Ihre Ergänzungen:** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Bitte aktuelle Berichte und testpsychologische Unterlagen beilegen:** | | | | | |
|  | | | | | |
| Heilpädagogischer Früherziehungsdienst (falls vorhanden IQ-Test, Deckblatt) | | | | | |
| Schulbericht (inkl. Schulsozialarbeit, Integrative Förderung, usw.) | | | | | |
| Schulpsychologischer Dienst (falls vorhanden IQ-Test, Deckblatt) | | | | | |
| Logopädie | | | | | |
| Psychomotoriktherapie | | | | | |
| Kinderarzt/Kinderärztin | | | | | |
| Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie | | | | | |
| Ergo- und/oder Physiotherapie | | | | | |
| Sozialberatungszentrum | | | | | |
| Weitere Testunterlagen und Berichte: | | | | | |
|  | | | | | |

**Erläuterung der Schweigepflicht**

Die Erziehungsberechtigten bezeugen mit ihrer Unterschrift, dass der Fachdienst berechtigt ist, alle für die Abklärung notwendigen Informationen einzuholen. Die Erziehungsberechtigten willigen ein, dass die vom Fachdienst kontaktierten Fachpersonen zu diesem Zweck von ihrer Schweigepflicht entbunden sind. Diese Entbindung der Schweigepflicht gilt auch für die spätere Überprüfung einer allfällig verfügten Sonderschulmassnahme.

**Erläuterung der Unterschrift**

Mit der Unterschrift bestätigen die Eltern/Erziehungsberechtigten, dass die Schulleitung die

Anmeldung zur Abklärung eines Sonderschulbedarfs mit ihnen besprochen hat und die Eltern/ Erziehungsberechtigten mit der Anmeldung sowie der Entbindung von der Schweigepflicht einverstanden sind.

**Der Fachdienst kann zusätzliche Berichte einfordern.**

**Beachten Sie:**

Durch diese Anmeldung entstehen keine rechtlichen Ansprüche auf verstärkte Massnahmen und deren Finanzierung.

Bei Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht muss die Unterschrift beider Elternteile vorliegen.

Ort und Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift der Schulleitung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift der zuständigen Fachperson: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Die **Originalanmeldung** mit **Kopie der Ausländerausweise von Kind und Eltern** senden Sie bitte aus Datenschutzgründen **per Post** an:

Dienststelle Volksschulbildung

Schulbetrieb II

Fachdienst für Sonderschulabklärungen

Kellerstrasse 10

6002 Luzern

Original: Fachdienst für Sonderschulabklärungen

Kopie: Schulleitung

Eltern/Erziehungsberechtigte