|  |
| --- |
| **Überprüfung der bestehenden Sonderschulmassnahme durch den Fachdienst für**  **Sonderschulabklärungen**  in den Bereichen Sprachentwicklung, Sehen, Hören, Körper, Motorik, Gesundheit oder Verhalten und sozio-emotionale Entwicklung (mit Indikation Private Regelschule, IS SPD, Intensiver Bedarf Verhalten) (siehe [Abklärungs- und Zuweisungsverfahren](http://www.volksschulbildung.lu.ch/index/unterricht_organisation/uo_sonderschulung/uo_ss_umsetzung.htm)) |

Behinderung**:** Wählen Sie ein Element aus.

Verfügte Massnahme: Wählen Sie ein Element aus.

Anmeldung durch: Wählen Sie ein Element aus.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kind** | | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  |  | | | |
| *Geschlecht* | *W* | | *M* | |  |  | | | |
|  | | | | |  |  | |  | |
| *Name* | | | | |  | *Nationalität* | | *Aufenthaltsbewilligung* | |
|  | | | | |  |  | | | |
| *Vorname* | | | | |  | *Geburtsdatum* | | | |
|  | | | | |  | **756.** | | | |
| *Adresse, PLZ Ort* | | | | |  | ***Sozialversicherungsnummer*** | | | |
| **Mutter** | | | | |  | **Vater** | | | |
|  | | | | |  |  | | | |
| *Name und Vorname* | | | | |  | *Name und Vorname* | | | |
|  | | | | |  |  | | | |
| *Strasse, PLZ Ort* | | | | |  | *Strasse, PLZ Ort* | | | |
|  | | | | |  |  | | | |
| *Telefon Privat / Mobile* | | | | |  | *Telefon Privat / Mobile* | | | |
|  | | | | |  |  | | | |
| *Beruf* | | | | |  | *Beruf* | | | |
|  | |  | | |  |  |  | | |
| *Nationalität* | | *Aufenthaltsbewilligung* | | |  | *Nationalität* | *Aufenthaltsbewilligung* | | |
| *Dolmetscher:* | | *Nein* | | *Ja* |  | *Dolmetscher:* | *Nein* | | *Ja* |
|  | | | | |  |  | | | |
| *Sprache* | | | | |  | *Sprache* | | | |
| **Inhaber der elterlichen Sorge:** | | | | Wählen Sie ein Element aus. | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Beistandschaft:  ja  nein** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| *Behörde, Adresse, PLZ Ort* | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| *Mandatsträger: Name, Vorname, Adresse, PLZ Ort* | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| *Mandat / Verfügung* | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| *Telefon / Mobile / Mail* | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Angaben zum aktuellen Schuljahr** | | | |
| ***Schulleitung Regel- oder Sonderschule, 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* | | | |
| **Fachverantwortung: Logopädischer Dienst/Schulpsychologischer Dienst/andere Fachstelle** | | | |
| *Fachstelle, Adresse, PLZ Ort*    *Name, Vorname Fachperson*    *Telefon / Mobile / Mail* | | | |
| **Weitere involvierte Fachpersonen und Fachstellen** | | | |
|  |  |  |  |
|  | Name, Vorname | Telefon/Mail | seit wann? |
| Lehrperson für integrative Förderung (IF) |  |  |  |
| Lehrperson für integrative Sonderschulung (IS) |  |  |  |
| Beratung Schule, evtl. Beratung Familie (bei IS Verhalten) |  |  |  |
| Schulsozialarbeit |  |  |  |
| Logopädie |  |  |  |
| Psychomotoriktherapie |  |  |  |
| Psychotherapie |  |  |  |
| Audiopädagogik/Visiopädagogik |  |  |  |
| Kinderarzt/Kinderärztin |  |  |  |
| Schulpsychologie |  |  |  |
| IV-Berufsberatung |  |  |  |
| Weitere Fachpersonen |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Fragestellung (Anlass für Abklärung gemäss Abklärungs- und Zuweisungsverfahren):** |
| Abklärung zur Weiterführung der Sonderschulmassnahme  unterschiedliche Einschätzung des Förderbedarfs der Lernenden oder des Lernenden durch Erziehungsberechtigte und Schule und Uneinigkeit betreffend Weiterführung der Sonderschulmassnahme  Erwägung einer ausserkantonalen Sonderschulung  Stufenübertritt  Verlängerung der obligatorischen Schulzeit  Veränderung anderer wichtiger Faktoren, ev. andere Sonderschulmassnahme nötig  Erläuterung zur Fragestellung: |

|  |
| --- |
| **Bitte aktuelle Berichte und testpsychologische Unterlagen beilegen:** |
| Klassenlehrperson und/oder IF-Lehrperson bzw. IS-Lehrperson |
| Logopädie |
| Schulpsychologischer Dienst |
| Psychomotoriktherapie |
| Psychotherapie, KJPD |
| Kinderarzt/Kinderärztin |
| Sozialberatungszentrum |
| IV-Berufsberatung |
| Beratung Schule, evtl. Beratung Familie (IS Verhalten) |
| Weitere Testunterlagen und Berichte |

|  |
| --- |
| **Ihre Ergänzungen:** |
|  |

**Die Anmeldung zur Überprüfung erfolgt in Absprache mit den Erziehungsberechtigten.**

**Die Besprechung hat telefonisch oder persönlich stattgefunden am:**

Ort und Datum

Name, Vorname / Unterschrift der Schulleitung oder Beauftragte/r für Sonderschulung

**Erläuterung der Schweigepflicht**

Die Erziehungsberechtigten bezeugen mit ihrer Unterschrift, dass der Fachdienst berechtigt ist, alle für die Überprüfung 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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