

STAATLICHES SCHULAMT MANNHEIM

|  |  |
| --- | --- |
| An das  Staatliche Schulamt Mannheim  **- bitte ausschließlich per Mail -**  *Dateiname (pdf): PB\_Wdh\_Erstellungsdatum\_Name, Vorname d. Sch.* | Name der Schule    Die Daten in I. und II. sind auf Voll-ständigkeit und Richtigkeit überprüft. |

**Pädagogischer Bericht bei wiederholter Feststellung**

**eines Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot nach   
Befristung und zum Ende der Probezeit**

1. **Personenbezogene Daten des Kindes / Jugendlichen**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Vorname | | Nachname | | |
| Geburtsdatum | Geburtsort | | Geschlecht | Staatsangehörigkeit |
| Straße, Hausnummer | | | | |
| PLZ, Wohnort | | | | Dienstliche E-Mail der Klassenleitung: |
| Derzeit besuchte Einrichtung/Schule mit Klassenlehrer(in) | | | | Genaue Klassenbezeichnung (1a, 1b, etc.):: |
|  | | | |  |
| Anspruch auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot mit dem Förderschwerpunkt Wählen Sie ein Element aus. | | | | |

1. **Erziehungs- / Sorgeberechtigte**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vorname | | | Nachname | | |
|  | | |  | | |
| Bitte ankreuzen: Diese Person ist… | | | | | |
| leiblicher Vater  leibliche Mutter | | sorgeberechtigt  nicht sorgeberechtigt | | | gesetzlicher Vertreter/ Vormund |
| Telefon Festnetz | Telefon Mobil | | | E-Mail | |
| Straße, Hausnummer | | | | | |
| PLZ, Wohnort | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vorname | | | Nachname | | |
|  | | |  | | |
| Bitte ankreuzen: Diese Person ist… | | | | | |
| leiblicher Vater  leibliche Mutter | | sorgeberechtigt  nicht sorgeberechtigt | | | gesetzlicher Vertreter/ Vormund |
| Telefon Festnetz | Telefon Mobil | | | E-Mail | |
| Straße, Hausnummer | | | | | |
| PLZ, Wohnort | | | | | |

**Beschreibung des aktuellen Entwicklungsstandes und des Förderbedarfs**

## Kognitive Fähigkeiten und Wahrnehmung

|  |
| --- |
| z. B. Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit, relevante Wahrnehmungsbereiche, z.B. auditive, taktile, visuelle Wahrnehmung, ... |

## Lernen und Wissensanwendungen

|  |
| --- |
| z. B. Lesen / Schreiben / Rechnen, schulische Leistungen in Mathematik, Deutsch, ... |

## Kommunikation und Sprache

|  |
| --- |
| z. B. Sprachverständnis, Wortschatz / Grammatik / Aussprache, Verwendung von Sprache / Zeichen / Symbolen, Ausdrucksfähigkeit, Mehrsprachigkeit, Sprachbewusstsein, Kommunikationshilfen und technische Hilfsmittel |

## Motorik und Mobilität

|  |
| --- |
| z. B. eigene Bewegungsmöglichkeiten, Körperpositionen wechseln, Bewegungen ausführen, Feinmotorik, Kraftdosierung, Auge-Hand-Koordination, Graphomotorik, Mobilität, Hilfsmittel, Orientierung im Raum, Fortbewegungsmöglichkeiten, Nutzen von Verkehrsmitteln |

## Umgang mit Aufgaben und Anforderungen

|  |
| --- |
| z. B. Herangehensweise an Aufgaben, Aufgeschlossenheit, Motivation, Neugier, Verstehen und Umsetzen von Handlungsanweisungen, Umgang mit Herausforderungen, Frustrationstoleranz, Durchführung von Einzel- und Gruppenaufgaben, Ausführung von Handlungen |

## Sozialverhalten und Emotionalität

|  |  |
| --- | --- |
| z. B. Interaktionen mit Anderen, Beachtung sozialer Regeln, Empathiefähigkeit, Rücksichtnahme, Übernahme von Verantwortung, Konfliktverhalten, Selbstregulationsfähigkeit | |
| Jugendhilfe beteiligt.  Zuständiges Jugendamt:  Name, Vorname der Person:       Tel-Nr. der Person:  E-Mail der Person: | Sozialamt beteiligt.  Zuständiges Sozialamt:  Name, Vorname der Person:       Tel-Nr. der Person:  E-Mail der Person: |

## Selbstständigkeit und Selbstversorgung

|  |
| --- |
| z. B. Körperpflege, Sorge für eigene Kleidung, Nahrungsaufnahme, Schulweg, Umgang mit Schulmaterial, zeitliche und räumliche Orientierung |

1. **Förderbedarf und erforderliche Bedingungen**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
|  | pflegerischer Dienst vorhanden (z.B. Wickeln) |  | Medizinischer Dienst vorhanden (z.B. Katheterisieren) |
|  | Barrierefreiheit erforderlich (z.B. Aufzug, Rampe) |  | Raumakustische Vorkehrungen erforderlich (z.B. Akustikdecke, FM Anlage, Soundfield) |
|  | erhält Leistungen der Eingliederungshilfe/ Schulbegleitung; Umfang:       Std pro Woche | | |

1. **Empfehlung zum Anspruch auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot**

|  |  |
| --- | --- |
| *Bitte ankreuzen: Wir empfehlen, den Anspruch auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot* | |
| beizubehalten | aufzuheben |
| und in den Förderschwerpunkt Wählen Sie ein Element aus. abzuändern. |  |

1. **Informationen**

|  |
| --- |
| Die Eltern/ Sorgeberechtigten wurden [über Möglichkeiten der Einlösung eines Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot](http://www.schulaemter-bw.de/SCHULAMT-MANNHEIM,Lde/Startseite/Service/12_2+Informationen) und über die weiteren Verfahrensschritte informiert. |

1. **Elterlicher Erziehungsplan**

|  |  |
| --- | --- |
| Dieser pädagogische Bericht wurde mit den Eltern / Sorgeberechtigten Personen besprochen und ihnen übergeben | Termin*:* |
| *Aussagen zum elterlichen Erziehungsplan:* | |
|  | |
| In der Familie sind keine ausreichenden deutschen Sprachkenntnisse vorhanden. Sprache: | |

|  |
| --- |
| **Letztes Zeugnis/letzter Lernbericht beigefügt (nur von allgem. Schule) - Verpflichtend als Entscheidungsgrundlage** |

1. **Unterschriften**

|  |  |
| --- | --- |
| *Der Bericht wurde von den Lehrkräften für allg. Pädagogik und Sonderpädagogik gemeinsam verfasst* | |
| Datum:  Klicken Sie hier, um Text einzugeben.  *Klicken Sie hier, um Text einzugeben., gez. Lehrkraft für allg Pädagogik* | Datum:  Klicken Sie hier, um Text einzugeben.  *Klicken Sie hier, um Text einzugeben., gez. Lehrkraft für Sonderpädagogik* |