**Inklusion**

STAATLICHES SCHULAMT KARLSRUHE

**Inklu-Formular Übergang**

**Schuljahr: 20**   **/**

**Landkreis Karlsruhe**

[ ]  Übergang von einem Sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungszentrum (SBBZ) in ein inklusives Bildungsangebot

[ ]  Übergang aus einem inklusiven Bildungsangebot in ein neues inklusives Bildungsangebot

[ ]  Übergang aus einem Bildungsangebot GS/ WRS/ RS/ GMS in ein inklusives Bildungsangebot

|  |
| --- |
| **Anspruch auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot an einer allgemeinen Schule (inklusives Bildungsangebot)** |
|  |
| **1. Schülerin/ Schüler** |
| Name      | Vorname      | Geburtsdatum       |
| weiblich [ ] männlich [ ]  | Schule/ Klasse      |
|  |
| **2. Erziehungsberechtigte** |
| Name      | Vorname      |
| Telefon Festnetz      | Mobil      | E-Mail      |
| Straße      | PLZ/ Wohnort      |
|  |
| Name      | Vorname      |
| Telefon Festnetz      | Mobil      | E-Mail      |
| Straße      | PLZ/ Wohnort      |
|  |
| **3. Diagnose/ Art und Umfang der Beeinträchtigung/ Behinderung** |
|       |
|  |
| **4. Eingliederungshilfe** |
| seit:       | zuständige/r Sachbearbeiter/in:       |
|  |
| **5. bisherige Schullaufbahn** |
|       |
|  |
| **6. Elternwunsch zukünftiger Lernort des Kindes (max. 3 Wünsche)** |
|       |
|  |
| **7. gewünschte Unterstützungsmaßnahmen aus Sicht der Eltern** |
|       |
|  |
| **8. folgende Angebote werden von den Eltern gewünscht** |
| Nur Primarstufe:[ ]  ergänzende Betreuung(bis 13:00 Uhr oder 14:00 Uhr) | Nur Primarstufe:[ ]  Hortbetreuung | [ ]  Ganztagesschule |
|  |
| **Der Entwicklungsbericht ist dieser Antragsstellung beigefügt.** |
|  |
| **Ich bin/ Wir sind einverstanden, dass dieses Formular an die unten angegebene Adresse weitergegeben wird.** |
| [ ]  Eingliederungshilfe**Landratsamt Karlsruhe****Amt für Versorgung und Rehabilitation**Beiertheimer Allee 276137 Karlsruhe |
| **Bitte eine Mehrfertigung an Antragsteller aushändigen und bei Bedarf Mehrfertigung zur Kenntnisnahme an die entsprechende Stelle versenden.** |
|  |
| **Hiermit wählen wir/wähle ich, dass der Anspruch des o.g. Kindes auf ein sonder-pädagogisches Bildungsangebot in einem inklusiven Bildungsangebot an einer allgemeinen Schule erfüllt werden soll. Das Wahlrecht bezieht sich nicht auf eine bestimmte Schule und wird in der Regel gruppenbezogen angelegt.**  |
|  |
|       |  |  |
| **Datum** | **Unterschrift** **Erziehungsberechtigte** | **Unterschrift Schulleitung** |
|  |
| **absendende zuständige Schule** |
| Name der Schule: |       |
| Anschrift: |       |
| Name der Schulleiterin/ des Schulleiters: |       |
| Telefonnummer für Rückfragen: |       |
| E-Mail-Adresse der Schulleitung: |       |
|  |

Stand Februar 2020