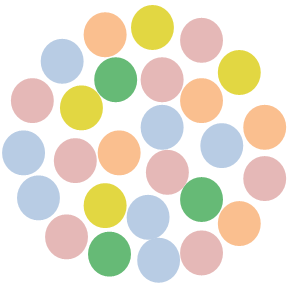
**Inklusion**



STAATLICHES SCHULAMT KARLSRUHE

**Inklu-Formular SchulanfängerInnen**

**Schuljahr: 20**  **/**

**Landkreis Karlsruhe**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Anspruch auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot an einer allgemeinen Schule (inklusives Bildungsangebot)** | | | |
|  | | | |
| **1. Schülerin/ Schüler** | | | |
| Name | Vorname | | Geburtsdatum |
| weiblich  männlich | | Kindergarten | |
|  | | | |
| **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. (voraussichtliche) Auswirkungen der Beeinträchtigung/ Behinderung** | | | |
| 1. im Schulalltag (räumlich und sächlich): | | | |
| 1. im Sport- und Schwimmunterricht: | | | |
| 1. bei außerunterrichtlichen Veranstaltungen: | | | |
|  | | | |
| **6. gewünschte Unterstützungsmaßnahmen aus Sicht der Eltern** | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| **7. Elternwunsch zukünftiger Lernort des Kindes (max. 3 Wünsche)** | | | |
|  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **8. folgende Angebote werden von den Eltern gewünscht** | | | | | | |
| Nur Primarstufe:  ergänzende Betreuung  (bis 13:00 Uhr oder 14:00 Uhr) | | Nur Primarstufe:  Hortbetreuung | | | Ganztagesschule | |
|  | | | | | | |
| Die Prüfung des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot ist  erfolgt. **Festgestellter Förderschwerpunkt:** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **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 2  76137 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: Oktober 2020