**An das**

Staatliche Schulamt Backnang

FB Sonderpädagogik

Spinnerei 48

71522 Backnang

**Antrag der Erziehungsberechtigten**

**zur Prüfung des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot (SBA) gemäß SchG § 82-84 und SBA-VO**

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir/ich beantrage/n hiermit die Prüfung des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches   
Bildungsangebot für unser Kind.

Unser/mein Kind wird im kommenden Schuljahr schulpflichtig.

Unser/mein Kind besucht bereits eine allgemeine Schule.

Für unser/mein Kind besteht bereits ein Anspruch auf ein SBA,

ein Wechsel des Förderschwerpunktes soll geprüft werden.

die wiederholte Prüfung wird beantragt.

die Aufhebung des Anspruchs auf ein Sonderpädagogisches Bildungsangebot   
 wird beantragt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A: Personenbezogene Angaben** | | |
| Nachname, Vorname des Kindes |  | |
| Geschlecht |  | |
| Geburtstag |  | |
| Nachname/-n,  Vorname/-n, Anschrift, Tel.-Nr. der Erziehungsberechtigten | **Ich bin alleine erziehungsberechtigt.** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **B: Institutionsbezogene Daten** | |
| Name, Anschrift, Tel.-Nr. der zuständigen Schule bzw. zzt. besuchten Schule |  |
| Aktuell besuchte Klasse |  |
| Aktuell besuchte Kindertageseinrichtung |  |

|  |
| --- |
| **C: Welche Gründe liegen für den Antrag auf Prüfung des Anspruchs auf ein Sonderpädagogisches Bildungsangebot vor?** |
|  |
| Eine Sonderpädagogische Beratung in der Schule hat stattgefunden.  Wir sind damit einverstanden, dass der Kooperationsbericht aus der   Sonderpädagogischen Beratung in das Verfahren einbezogen wird. |
|  |
| **D: Im Falle der Feststellung des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot durch das Staatliche Schulamt wünschen wir die Erfüllung:** |
| an der allgemeinen Schule im Rahmen der Inklusion.  an dem Sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungszentrum (SBBZ).  Die Entscheidung ist derzeit noch offen. |

|  |
| --- |
| **E: Einwilligung der Erziehungsberechtigen**  Ich/wir lege/n unserem Antrag folgende Unterlagen von Dritten bei (z.B. Arztbericht; Therapiebericht; Bericht einer Beratung, Bericht des Schulkindergartens):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass personenbezogene Daten über unser Kind mit dem Ziel der Klärung des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot und der weiteren Schulangebotsplanung erhoben und zwischen der beauftragten Lehrkraft der Sonderpädagogik und dem Staatlichen Schulamt ausgetauscht werden. Die erhobenen Daten werden im Staatlichen Schulamt gespeichert.  Diese Einwilligung ist freiwillig und für die beantragte Prüfung des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot erforderlich. Die Einwilligung kann vollständig oder teilweise jederzeit widerrufen werden. Dabei bleibt die bis zum Widerruf bereits erfolgte Verarbeitung der Daten meines/unseres Kindes weiterhin rechtmäßig. Die Mitarbeitenden sind verpflichtet, die Informationen vertraulich zu behandeln. Sie unterliegen der Schweigepflicht und den datenschutzrechtlichen Bestimmungen.  Ich/wir hatte/n Gelegenheit Fragen zu stellen, welche geklärt worden sind. |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift Erziehungsberechtigte/-r / Sorgeberechtigte/-r

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift Erziehungsberechtigte/-r / Sorgeberechtigte/-r