|  |  |
| --- | --- |
| Name des Gutachters / der Gutachterin | Dienststelle: |
|  |  |

**Gutachten zur Feststellung des Anspruchs**

**auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot**

|  |
| --- |
| **Persönliche Daten des Kindes / Jugendlichen** |
| Name:  | Vorname: [ ]  männlich [ ] weiblich [ ] divers |
|       |       |
| Geburtsdatum, Geburtsort: | Staatsangehörigkeit: |
|       |       |
| **Erziehungsberechtigte**\*) Bitte bei getrennten Wohnsitzen den hauptsächlichen Aufenthaltsort der Schülerin/ des Schülers kenntlich machen |
| **Name Erziehungsberechtige/r: \*)** | **Name des Erziehungsberechtige/r: \*)** |
|       |       |
| ggf. andere Erziehungs- oder Sorgeberechtigte und oder Ansprechpersonen mit Kontaktdaten:       |
| Straße, PLZ Wohnort: | Straße, PLZ Wohnort: |
|       |       |
| Tel., E-Mail: (\*) | Tel., E-Mail: (\*) |
|       |       |
| (\*) Freiwillige Angaben |
| **Derzeitige Bildungseinrichtung** |
| Name, Anschrift, Telefon, ggf. Fax, ggf. E-Mail(Bei Einschulungskindern auch zuständige Grundschule angeben): | Beginn der Schulpflicht und Angabe der Schulbesuchsjahre: |
|       |       |
| Klassenlehrer/In / Erzieher/In: |
|       |
| Schulleitung/Kindergartenleitung: |
|       |

|  |
| --- |
| **Nur vom SSA auszufüllen!** |
| **Vorgang** | 🗶 | **Förderschwerpunkt(e)** | 🗶 | **Bildungsgang:** |
| Feststellung (ggf. wiederholt) |  | Lernen |  |  |
| *Ggf. wiederholte* *Feststellung/Verlängerung\** |  | Sprache  |  |  |
| Emotionale u. soziale Entw. |  |  |
| *Lernortwechsel\** |  | Sehen |  |  |
| *Ggf. Änderung des**Förderschwerpunktes\** |  | Hören |  |  |
| Geistige Entwicklung |  |  |
| *Ggf. Aufhebung des Anspruchs auf ein* *sonderpäd. Bildungsangebot\** |  | Körperliche u. motorische Entw. |  |  |
|  |
| *Ggf. Aussetzen des Anspruchs auf ein**sonderpäd. Bildungsangebot\** |  | **Aufnahme ab:** |  |
| Aussagen zum Bedarf anSchulbegleitung/Assistenz enthalten(Eingliederungshilfe) |  | **Befristet bis:** |  |
| **Datum/Zeichen:** |  |
| *\*i.d.R. wird hierfür das Formular des Pädagogischen Berichts verwendet* |

**SSA GP 08/2024**

1. **Anlass für die Begutachtung / Fragestellung**

|  |
| --- |
|       |

1. **Informationsquellen / Diagnostische Verfahren**

|  |
| --- |
|       |

1. **Untersuchungsergebnisse**

|  |
| --- |
| **3.1 Relevante Körperfunktionen / Körperstrukturen** *(Sinnesfunktionen, Stimm-Sprechfunktion, Motorik, mentale Funktionen, …)*     **3.2 Aktivität und Teilhabe** *(z. B. individuelle Möglichkeiten im Bildungsbereich Lernen und Wissensanwendung: Kulturtechniken, Kommunikation, Verhalten, …)*     **3.3 Relevante Kontextfaktoren** Personenbezogene Faktoren *(Motivation, Selbstbild, Interessen, Selbstwirksamkeitserfahrung, …)*     Umweltfaktoren*(Familiärer Kontext, Schulumgebung, benötigte Hilfsmittel, …)*       |

1. **Zusammenfassung, Hypothesen und Bedarfsbeschreibung**

|  |
| --- |
| * 1. **Bildungsbedarf abgeleitet aus der beschriebenen Datenlage**

*(Datenlage, Hypothese, Didaktisierung)*     **4.2 Zusammenfassung des Beratungsprozesses***(Elterlicher Erziehungsplan, hinderliche/förderliche Kontextfaktoren in Bezug auf mögliche Lernorte)*     **4.3 Aussagen in Bezug auf Schulassistenz, ggf. Schulweg/Beförderung**      |

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

|  |
| --- |
| [ ]  Für das Kind / den/die Jugendliche/n wird die **Feststellung des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot empfohlen.****Förderschwerpunkt(e):** [ ]  **Lernen**[ ]  **Sprache**[ ]  **Emotionale und soziale Entwicklung** - mit folgendem  Bildungsgang:      [ ]  **Sehen** - mit folgendem Bildungsgang:      [ ]  **Hören** - mit folgendem Bildungsgang:      [ ]  **Geistige Entwicklung** [ ]  **Körperliche und motorische Entwicklung** - mit folgendem  Bildungsgang:      **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**[ ]  Das Kind / der/die Jugendliche hat **keinen** **Anspruch auf ein  sonderpädagogisches Bildungsangebot**.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**[ ]  Es besteht **sonderpädagogischer Beratungs- und Unterstützungsbedarf** in folgendem Förderschwerpunkt / folgenden Förderschwerpunkten:       |

1. **Unterschriften**

Datum Unterschrift Gutachter\*in

Datum Unterschrift Schulleitung SBBZ

|  |  |
| --- | --- |
|  | BW55_KL_sw_weissSTAATLICHES SCHULAMT GÖPPINGEN |
|  |  |

**Gespräch mit den Erziehungsberechtigten über die gutachterlichen Ergebnisse der sonderpädagogischen Diagnostik oder des Pädagogischen Berichts mit bspw. Empfehlung der Verlängerung des Bildungsanspruchs**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vor- und Nachname des Kindes Tag / Monat / Jahr

[ ]  Ich bestätige/Wir bestätigen, dass die Inhalte der Ergebnisse der
 sonderpädagogischen Diagnostik / des Päd. Berichts für mein / unser Kind am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mit mir/uns besprochen wurden.

[ ]  Ich/Wir wurden darüber informiert, dass nach Abschluss des Verfahrens eine
 Kopie des sonderpädagogischen Gutachtens / des Päd. Berichts beim Staatlichen Schulamt Göppingen angefordert und/oder Akteneinsicht genommen werden kann.

[ ]  Ich wurde/Wir wurden über die Beratungsmöglichkeiten zur inklusiven
 Beschulung und Beschulung am Sonderpädagogischen Bildungs- und
 Beratungszentrum (SBBZ) für mein / unser Kind aufgeklärt.

[ ]  Ich habe/Wir haben das Formular „Meldung zum inklusiven Bildungsangebot
 oder zum Bildungsangebot an einem Sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungszentrum (SBBZ)“ erhalten *und* sind darauf hingewiesen worden, dass dieses zeitnah über das Schulsekretariat dem Staatlichen Schulamt Göppingen zur Verfügung gestellt wird.

**SSA GP 08/2024**

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

Datum/Unterschrift Erziehungsberechtigte/r