|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname des Kindes: | Geburtsdatum, Geburtsort: |
|       |  |
| Einschulung in Klasse 1 am:  |
| Name der Lehrkraft für Sonderpädagogik und Stammschule: | Ggf. Name der Lehrkraft der allg. Schule (bei inklusivem Angebot): |
|       |       |
| Formal zuständiges SBBZ (nur falls von obigem versorgenden SBBZ abweichend):  | Allg. Schule (Inklusion): |
|       |       |

**Pädagogischer Bericht zu folgendem Anlass:**🡪 Zutreffende(s) bitte ankreuzen

[ ]  Wiederholte Feststellung des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches
 Bildungsangebot (§ 10 SBA-VO)

[ ]  Lernortwechsel (z. B. § 18 SBA-VO)

[ ]  Änderung des Förderschwerpunktes (§ 9 Abs. 5 SBA-VO)
 und/oder des Bildungsganges

[ ]  Aufhebung des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot (§ 9 SBA-VO)

[ ]  Zeitweiliges Aussetzen des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches
 Bildungsangebot (Voraussetzungen nach § 8 Abs. 2 SBA-VO beachten)

[ ]  Wechsel in Internatsunterbringung (§82 (1) Satz 2 SchG)

**SSA GP 10/2024**

|  |
| --- |
| **Nur vom SSA auszufüllen!** |
| **Vorgang** | 🗶 | **Förderschwerpunkt(e)**  | 🗶 | **Bildungsgang:** |
| Wiederholte Feststellung /Verlängerung |  | Lernen |  |  |
| Sprache  |  |  |
| Lernortwechsel |  | Emotionale u. soziale Entw. |  |  |
| Änderung des Förderschwerpunktes |  | Sehen |  |  |
| Aufhebung des Anspruchs auf einsonderpädagogisches Bildungsangebot |  | Hören |  |  |
| Geistige Entwicklung |  |  |
| Aussetzen des Anspruchs auf einsonderpädagogisches Bildungsangebot |  | Körperliche u. motorische Entw. |  |  |
|  |  |  |
| **Aufheben SBA** | Ab/zum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Änderung**  | Ab \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Aussetzen SBA** | Von \_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Ggf. Befristung**  | Bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | **Datum/Zeichen:** |  |

|  |
| --- |
| **Persönliche Daten des Kindes / Jugendlichen** |
| Name:  | Vorname: [ ]  männlich [ ] weiblich [ ] divers |
|       |       |
| Geburtsdatum, Geburtsort: | Staatsangehörigkeit: |
|       |       |
| **Erziehungsberechtigte** |
| **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: (\*) |
|       |       |
| \*) Bitte bei getrennten Wohnsitzen den hauptsächlichen Aufenthaltsort der Schülerin/ des Schülers kenntlich machen(\*) Freiwillige Angaben |
| **Derzeitige Bildungseinrichtung** |
| Name, Anschrift, Telefon, ggf. Fax, ggf. E-Mail: | Klassenstufe/Schulbesuchsjahre: |
|       |       |
| Klassenlehrer/In: |
|       |
| Schulleitung: |
|       |

**Entwicklung der Schülerin / des Schülers seit der letzten Feststellung des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot**

1. **Aktivität und Teilhabe sowie relevante Körperfunktionen und -strukturen**
	1. **Schulleistungen, Kompetenzen**

*(z.B. individuelle Möglichkeiten im Bildungsbereich Lernen und Wissensanwendung: Kulturtechniken, Kommunikation, …)*

|  |
| --- |
|       |

* 1. **Fördernde und hemmende Körperfunktionen –und Strukturen**

*(Sinnesfunktionen, Stimm-Sprechfunktion, Motorik, mentale Funktionen, …)*

|  |
| --- |
|       |

1. **Kontextfaktoren**
2. **Personenbezogene Faktoren, Entwicklungsstand, emotionales und soziales Verhalten**

 *(Motivation, Selbstbild, Interessen, Selbstwirksamkeitserfahrung,* *Verhalten in unterschiedlichen
 schulischen Kontexten, …)*

|  |
| --- |
|       |

1. **Umweltfaktoren**

 *(Schulumgebung, familiärer Kontext, benötigte Hilfsmittel,…)*

|  |
| --- |
|       |

1. **Sonderpädagogische Begründung für die Empfehlung im vorliegenden Pädagogischen Bericht***(bezugnehmend auf Ergebnisse aktueller Diagnostik/Körperfunktionen und der individuellen Lern- und Entwicklungsbegleitung – ILEB, derzeitige Fördermaßnahmen)*

|  |
| --- |
|       |

1. **Empfehlung**

|  |
| --- |
| [ ]  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. **Wünsche der Erziehungsberechtigten, des Schülers / der Schülerin**

|  |
| --- |
| **Bei bestehenden inklusiven Bildungsangeboten:**[ ]  Die Erziehungsberechtigten wünschen die *Fortsetzung des inklusiven Bildungs- angebots*.**Bei Lernortwechsel/Wechsel von Kl. 4 in Kl. 5**[ ]  Die Erziehungsberechtigten wünschen die *Fortsetzung des inklusiven Bildungs- angebots* - wenn möglich - an folgender allgemeinen Schule der Sekundarstufe 1: Name und Ort der Schule:      [ ]  Die Erziehungsberechtigten wünschen den *Wechsel an das zuständige SBBZ* mit dem entsprechenden Förderschwerpunkt: Name und Ort der Schule:      **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Bei bestehenden Bildungsangeboten an einem SBBZ:**[ ]  Die Erziehungsberechtigten wünschen die *Fortsetzung des Bildungsangebots am SBBZ*.**Bei Lernortwechsel:**[ ]  Die Erziehungsberechtigten wünschen *ein inklusives Bildungsangebot* oder den *Wechsel an ein anderes SBBZ* - wenn möglich folgende Schule: Name und Ort der Schule:       |

1. **Ergänzende Hinweise***(z. B. nötige Rahmenbedingungen wie Barrierefreiheit, behindertengerechte Toilette, Eingliederungshilfe; geplanter Besuch einer kooperativen Organisationsform, Schulweg, Schülerbeförderung erforderlich …)*

|  |
| --- |
|       |

1. **Information der Erziehungsberechtigten**

|  |
| --- |
| **Die Erziehungsberechtigten wurden am**       **über die Inhalte des Pädagogischen Berichtes informiert.** (Auf Wunsch können die Erziehungsberechtigten eine Kopie des Berichtes beim Staatlichen Schulamt anfordern und/oder dort Akteneinsicht nehmen)[ ]  Die Erziehungsberechtigten wurden über die Beratungsmöglichkeiten zur  inklusiven Beschulung bzw. Beschulung am Sonderpädagogischen Bildungs- und  Beratungszentrum (SBBZ) aufgeklärt. [ ]  Die Erziehungsberechtigten haben das Formular „Meldung zum inklusiven  Bildungsangebot oder zum Bildungsangebot an einem Sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungszentrum (SBBZ)“ erhalten und sind darauf hingewiesen  worden, dass sie dieses von der allgemeinen Schule, vom SBBZ, vom Staatlichen Schulamt Göppingen und auf der Homepage des Staatlichen Schulamts  Göppingen erhalten können. **(Richttermin für den Eingang des Formulars beim Staatlichen Schulamt Göppingen  ist der 01. Februar)**  |

1. **Unterschriften**

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

Datum Unterschrift Lehrkraft für Sonderpädagogik

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

Datum Unterschrift Schulleitung SBBZ oder allg. Schule (bei Inklusion)

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

**Gespräch mit den Erziehungsberechtigten über die Ergebnisse 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 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 oder
 bin/sind darauf hingewiesen worden, dass dieses u.a. beim Staatlichen
 Schulamt Göppingen und auf der Homepage des Staatlichen Schulamts
 Göppingen erhältlich ist.

**SSA GP 10/2024**

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

Datum/Unterschrift Erziehungsberechtigte/r