|  |  |
| --- | --- |
| 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; nach § 21 SBA-VO kann nur in den Förderschwerpunkten GEnt,

KMEnt, Sehen und Hören für die SEK 2 verlängert werden)

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 07/2025**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 ein  sonderpädagogisches Bildungsangebot | |  | Hören\* | |  |  |
| Geistige Entwicklung\* | |  |  |
| Aussetzen des Anspruchs auf ein  sonderpädagogisches Bildungsangebot | |  | Körperliche u. motorische Entw.\* | |  |  |
|  | |  |  |
| **Aufheben SBA** | Ab/zum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | **Änderung** | Ab \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| **Aussetzen SBA** | Von \_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | **Ggf. Befristung\*** | Bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| \* nach § 21 SBA-VO sind die Übergänge in SEK2 ohne Befristung | | | **Datum/Zeichen:** |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Persönliche Daten des Kindes / Jugendlichen / Entlassschülers/-in** | |
| 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. Kompetenzen im Bildungsbereich Lernen: Kulturtechniken, Kommunikation; im Übergang Schule - Beruf auch berufsbildende Kompetenzen wie Praktikarückmeldungen; Mobilität und Selbstständigkeit ….)*

|  |
| --- |
|  |

* 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 der sonderpädagogischen Lehrkraft**

|  |
| --- |
| Für das Kind / den/die Jugendliche/n wird die **Verlängerung des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot empfohlen.**  **Im Förderschwerpunkt:**    **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**.  [Hinweis: Die Eltern können beim zuständigen Sonderpädagogischen  Dienst/SBBZ einen Antrag auf weitere Begleitung durch Kooperation  stellen]. |

Hinweis: Die Förderschwerpunkte Lernen\* und ESEnt\* enden am Ende der SEK1;

Der Förderschwerpunkt Sprache ist auf Ende Klasse 6 befristet;

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: |
| **Beim Übergang Schule - Beruf von SEK1 in SEK2 wird folgendes parallel erfolgen:**  Durchführung eines Berufswegeplanungsgesprächs mit der Agentur für Arbeit.  oder  Durchführung einer Berufswegekonferenz (unter Beteiligung des/der Kostenträger) und Zusendung des BuWK-Protokolls an das Staatliche Schulamt (Richttermin 01.03. im Schulentlassjahr). |

1. **Ergänzende Hinweise***(z. B. nötige Rahmenbedingungen wie Barrierefreiheit, behindertengerechte Toilette, Eingliederungshilfe; geplanter Besuch einer kooperativen Organisationsform, Schulweg, Schülerbeförderung, Wohnen vollstationär 5- oder 7-Tage 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_weiss  STAATLICHES 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 07/2025**

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

Datum/Unterschrift Erziehungsberechtigte/r