|  |  |
| --- | --- |
| Ausgangsdatum Schule:  | Eingangsdatum MSD:  |
| **Beantragung einer Beratung durch den Mobilen Sonderpädagogischen Dienst (MSD)**[ ]  Beratung bei Anhaltspunkten für sonderpädagogischen Förderbedarf (gemäß § 13 Absatz 2 SOFS)[ ]  Beratung im Hinblick auf möglichen Wechsel des Förderschwerpunktes (gemäß § 15 SOFS)[ ]  Beratung im Hinblick auf künftige Schulanfängerin/künftigen Schulanfänger (gemäß § 4 Absatz 4 Satz 2 SOGS,§ 9 Absatz 1 Satz 2 SOGES, § 64a Absatz 1 Nummer 1 SOOSA in Verbindung mit § 4 Absatz 4 Satz 2 SOGS) |
| **Antragstellerin/Antragsteller:**  | [ ]  | Eltern | [ ]  | Schule |
|  |
| **Angaben zur Schulanfängerin/zum Schulanfänger/zur Schülerin/zum Schüler** |
| Name:  | Vorname:  | Geburtsdatum:  |
| Geschlecht: | **[ ]**  | männlich | **[ ]**  | weiblich | **[ ]**  | divers | **[ ]**  | ohne Angabe |
| Anschrift:  |
| aktuelle Klassenstufe:  | **[ ]**  | Deutsch als Zweitsprache / Etappe:  |
| Bereits festgestellter sonderpädagogischer Förderbedarf im Förderschwerpunkt/in den Förderschwerpunkten: |
| **[ ]**  | emotionale und soziale Entwicklung | [ ]  | geistige Entwicklung | [ ]  | Hören |
| **[ ]**  | körperliche und motorische Entwicklung | [ ]  | Lernen |  |  |
| **[ ]**  | Sehen | [ ]  | Sprache |  |  |
|  | **[ ]**  | in Verbindung mit gutachterlich bestätigter Autismus-Spektrum-Störung |
|  |
| **Angaben zu den Eltern** (Eltern sind gemäß § 45 Absatz 5 SächsSchulG die Personensorgeberechtigten.) |
| Name, Vorname:  | Beziehung zum Kind1:  |
| Anschrift:  |
| Telefon:  |
| E-Mail (freiwillige Angabe):  |
|  |
| Name, Vorname:  | Beziehung zum Kind1:  |
| Anschrift:  |
| Telefon:  |
| E-Mail (freiwillige Angabe):  |
|  |
| Name, Vorname:  | Beziehung zum Kind1:  |
| Anschrift:   |
| Telefon:  |
| E-Mail (freiwillige Angabe):  |
|  |
| **[ ]**  | Vollmacht eines sorgeberechtigen Elternteils liegt vor (bitte beifügen)2. |
| [ ]  | Für Elterngespräche ist eine Sprachmittlerin/ein Sprachmittler notwendig (freiwillige Angabe). |
|  | Sprache3:  |
|  |  |
| 1 zum Beispiel Mutter/Vater, Großmutter/Großvater, Pflegemutter/Pflegevater, Vormund 2 Vollmacht für die alleinige Entscheidungsbefugnis in allen schulischen Angelegenheiten oder für den Verhinderungsfall eines  sorgeberechtigten Elternteils3 kann auch Gebärdensprache sein |
|  |
| **Angaben zur Schule** | **An: MSD der Förderschule** |
| Name:  | Name:  |
| Anschrift:  | Anschrift:  |
| Telefon:  | Telefon:  |
| E-Mail:  | E-Mail:  |
| Ansprechpartnerin/Ansprechpartner (Name/Funktion): |  |
|  |
| **Anlass/Ziel der Beratung** |
|  |
| **[ ]**  | Es liegt eine gutachterlich bestätigte Autismus-Spektrum-Störung vor. |
| **Begründung** |
|  |
| [ ]  | Eine Dokumentation bisheriger Maßnahmen zur Entwicklung und Förderung ist beigefügt (mit Einwilligung der Eltern). |
|  |
| **Einwilligung der Eltern**  |
| Die Eltern wurden über die Beantragung der Beratung und die gemäß § 13 Absatz 2 SOFS beabsichtigten Maßnahmen (Beobachtung z. B. in der Schule oder Kindertageseinrichtung, Austausch mit pädagogischen Fachkräften über deren Erkenntnisse und Wahrnehmungen, Hinweise zu Fördermaßnahmen) informiert. |
| [ ]  | Sie sind mit einer ggf. beabsichtigten Durchführung von standardisierten Testverfahren durch den MSD einverstanden. Ihnen ist bekannt, dass sie über die einzusetzenden Testverfahren durch den MSD informiert werden. |
| [ ]  | Sie sind mit der ggf. notwendigen Einbeziehung einer Lehrkraft mit besonderer Fachexpertise4 durch den MSD einverstanden. |
| Die Eltern willigen in die Verarbeitung der erhobenen personenbezogenen Daten gemäß Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe a und Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe a DSGVO im Rahmen der Beratung durch den MSD ein. Die Einwilligungen sind freiwillig und können jederzeit, auch einzeln, mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Die Eltern haben zudem das Formblatt „Informationen zum Datenschutz“ erhalten und zur Kenntnis genommen.  |
| [ ]  | Sie erlauben die Verwendung der Dokumentation bisheriger Maßnahmen zur Entwicklung und Förderung durch den MSD. |
| [ ]  | Sie erlauben die Einsichtnahme in die Entwicklungsdokumentation der Kindertageseinrichtung durch den MSD. |
| [ ]  | Die Eltern stellen folgende medizinische/psychologische/therapeutische Unterlagen für die Beratung zur Verfügung:  |
|  |  |
| [ ]  | Die Eltern möchten in die Beratung einbezogen werden. |
| Sie nehmen folgende Besonderheiten/Auffälligkeiten bei ihrem Kind wahr: |
|  |
|  |  |
| 4 z. B. Fachberaterin/Fachberater für Autismus, Fachberaterin/Fachberater für LRS, Fachberaterin/Fachberater für Schuleingangsphase, Betreuungslehrkraft DaZ |
|  |
| **Kontaktdaten der Kindertageseinrichtung** (nur bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern, freiwillige Angaben der Eltern) |
| Name:  |
| Anschrift:  |
| Telefon:  | E-Mail:  |
| Ansprechpartnerin/Ansprechpartner:  |
|  |
| Die Schulleiterin/der Schulleiter beantragt die Beratung durch den MSD der zuständigen Förderschule.  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Datum |  | Unterschrift Eltern |  | Datum |  | Unterschrift Eltern |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Datum |  | Unterschrift Eltern |  | Datum |  | Unterschrift Lehrkraft |