|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ausgangsdatum MSD: | | | | | | | Eingangsdatum Schule: | | |
| **Ergebnisprotokoll zur 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) | | | | | | | | | |
| **Schulanfängerin/Schulanfänger/Schülerin/Schüler** | | | | | | | | | |
| Name: | | | | | Vorname: | | | | Geburtsdatum: |
| Stammschule: | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **MSD der Förderschule** | | | | | | | | | |
| Name der Förderschule: | | | | | | | | | |
| Anschrift: | | | | | | | | | |
| Telefon: | | | | | | E-Mail: | | | |
| Beraterin/Berater: | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Ergebnisse des Beratungsprozesses** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Empfehlungen** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | Erneute Beratung (soweit möglich, bitte den Zeitraum angeben): | | | | | | | | |
|  | Weitere Beratung aufgrund von Anhaltspunkten für sonderpädagogischen Förderbedarf im Förderschwerpunkt: | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  |  | in Verbindung mit gutachterlich bestätigter Autismus-Spektrum-Störung | | | | | | | |
|  | Einleitung des Verfahrens zur Feststellung von sonderpädagogischem Förderbedarf im Förderschwerpunkt: | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  |  | in Verbindung mit gutachterlich bestätigter Autismus-Spektrum-Störung | | | | | | | |
|  | Die Ergebnisse der Beratung und die Empfehlungen wurden mit den Eltern besprochen. | | | | | | | | |
|  | Die Ergebnisse der Beratung und die Empfehlungen wurden mit der Schule besprochen. | | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | |  | |
| Datum | | |  | Unterschrift Beraterin/Berater des MSD | | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Abschließendes Gespräch zu den Ergebnissen der Beratung - Teilnehmende** | | | | | | | |
| Lehrkraft der Stammschule: | | |  | | | | |
| Eltern: | | |  | | | | |
|  | | |  | | | | |
| Beraterin/Berater des MSD | | |  | | | | |
| weitere Beteiligte[[1]](#footnote-1): | | |  | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Anmerkungen der Eltern** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Vereinbarungen** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  |  |  | |  |  |  |  |
| Datum |  | Unterschrift Schulleiterin/Schulleiter | |  | Datum |  | Unterschrift Eltern |
|  |  |  | |  |  |  |  |
| Datum |  | Unterschrift Eltern | |  | Datum |  | Unterschrift Eltern |

1. z. B. weitere einbezogene Lehrkräfte mit besonderer Fachexpertise, Therapeutinnen/Therapeuten, Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des Jugendamtes [↑](#footnote-ref-1)