|  |  |
| --- | --- |
| 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)