|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Angaben zur Schulanfängerin/zum Schulanfänger/zur Schülerin/zum Schüler** | | | |
| Name: | | Vorname: | |
| Geburtsdatum: | | aktuelle Klassenstufe: | |
| Anschrift: | | | |
|  | | | |
| **Angaben zu den Eltern** (Eltern sind gemäß § 45 Absatz 5 SächsSchulG die Personensorgeberechtigten.) | | | |
| Name, Vorname: | | Beziehung zum Kind1: | |
| Anschrift: | | | |
| Telefon: | | E-Mail: | |
|  | | | |
| Name, Vorname: | | Beziehung zum Kind1: | |
| Anschrift: | | | |
| Telefon: | | E-Mail: | |
|  | | | |
| Name, Vorname: | | Beziehung zum Kind1: | |
| Anschrift: | | | |
| Telefon: | | E-Mail: | |
|  | | | |
| **Angaben zur Schule** | | | |
| Name: | | | | |
| Anschrift: | | | | |
| Telefon: | | | E-Mail: | |
|  | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | Ausgangsdatum MSD: |
| MSD der Förderschule: | | |
| Anschrift: | |  |
| Telefon: | | Diagnostiklehrkraft: |
| E-Mail: | |
|  | | |
| **An den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst** | | |
|  |  | |
|  | | |
| **Amtsärztliche Untersuchung im Rahmen des Verfahrens**  **zur Feststellung von sonderpädagogischem Förderbedarf**  gemäß § 4c Absatz 3 Satz 2 SächsSchulG in Verbindung mit § 13 Absatz 5 Satz 3 SOFS | | |
| Im Rahmen des Verfahrens zur Feststellung von sonderpädagogischem Förderbedarf bitte ich Sie um die Erstellung eines amtsärztlichen Gutachtens für: | | |

1 zum Beispiel Mutter/Vater, Großmutter/Großvater, Pflegemutter/Pflegevater, Vormund

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sie werden gebeten, insbesondere zu folgenden Schwerpunkten Stellung zu nehmen:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | medizinisch erkennbare Zusammenhänge zwischen **Funktionsbeeinträchtigungen im Bereich**: | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | Denken und Gedächtnis | | |  | | Emotionen und Sozialverhalten | | | | |  | | | Körper und Motorik | | |
|  |  | Sprache und Kommunikation | | |  | | Wahrnehmung | | | | |  | | |  | | |
|  | und dem vermuteten **sonderpädagogischen Förderbedarf** **im Förderschwerpunkt**: | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | emotionale und soziale Entwicklung | | | | | |  | | geistige Entwicklung | | | |  | | Hören |
|  |  | körperliche und motorische Entwicklung | | | | | |  | | Lernen | | | |  | |  |
|  |  | Sehen | | | | | |  | | Sprache | | | |  | |  |
|  | Art und Grad der Behinderung | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | notwendige Rahmenbedingungen zur Teilhabe und zum Erreichen von Bildungszielen aus medizinischer Sicht  (z. B. individuelle Hilfsmittel, personelle Unterstützung, spezifische Fördermaßnahmen) | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Art der Schülerbeförderung | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | eventuell erforderliche Heimunterbringung2 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Bitte beantworten Sie außerdem folgende diagnostisch relevante Fragestellung(en):** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bitte senden Sie die Ergebnisse der amtsärztlichen Untersuchung möglichst zeitnah an den oben genannten MSD der Förderschule zurück. Sofern Sie weitere Informationen benötigen, setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | | | |  |  | |  | |  | | | |
| Datum | | |  | Unterschrift MSD | | | |  | Datum | |  | | Unterschrift  Schulleiterin/Schulleiter Förderschule | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | |

2 Wenn die besondere Aufgabe der Förderschule die Heimunterbringung gebietet oder die Erfüllung der Schulpflicht sonst nicht gesichert ist, kann gemäß § 13 Absatz 3 SächsSchulG mit Zustimmung der Eltern bei der Schule eine Heimunterbringung erfolgen, so dass die Schülerin/der Schüler Unterkunft, Verpflegung, familiengemäße Betreuung und eine dem Förderbedarf entsprechende Förderung erhält.