|  |  |
| --- | --- |
| Ausgangsdatum MSD:  | Eingangsdatum LaSuB:  |
| **Empfehlung des Mobilen Sonderpädagogischen Dienstes (MSD) zu den notwendigen Rahmenbedingungen für die inklusive Unterrichtung** (gemäß § 13 Absatz 7 Satz 2 Nummer 3 SOFS) |
|  |
| **Schulanfängerin/Schulanfänger/Schülerin/Schüler** |
| Name: | Vorname:  | Geburtsdatum:  |
|  |
| **MSD der Förderschule** |
| Name der Förderschule: |
| Anschrift:  |
| Telefon:  | E-Mail:  |
| Diagnostiklehrkraft:  |
|  |
| **Angaben zum sonderpädagogischen Förderbedarf** |
| Sonderpädagogischer Förderbedarf liegt vor im (primären) Förderschwerpunkt:  |
|  |
| [ ]  | in Verbindung mit gutachterlich bestätigter Autismus-Spektrum-Störung |
| Zusätzlicher sonderpädagogischer Förderbedarf liegt vor im Förderschwerpunkt: |
|  |
| Aus dem förderpädagogischen Gutachten, den Empfehlungen für eine inklusive Unterrichtung und der Entscheidung des Förderausschusses lassen sich folgende **notwendige Rahmenbedingungen** für die aufnehmende Schule ableiten: |
| **Organisatorische Rahmenbedingungen** |
|  |
|  |
| **Personelle Rahmenbedingungen** |
| unterstützendes Lehrerarbeitsvermögen (Stundenumfang) |  |
| sonderpädagogisches Fachpersonal (Stundenumfang) |  |
| gegebenenfalls sonstige personelle Unterstützung |  |
|  |
| **Sächliche Rahmenbedingungen** |
| behindertengerechte Ausstattung:  |  |
| Lehr- und Hilfsmittel: |  |
| bauliche und räumliche Hilfsmittel: |  |
| technische und apparative Hilfsmittel: |  |
|  |
| **Hinweise**1 |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Datum |  | Unterschrift MSD |  | Datum  |  | Unterschrift Schulleiterin/Schulleiter Förderschule |
|  |
|  |  |
| 1 gegebenenfalls Aussagen zu einer notwendigen Abstimmung innerhalb des Kooperationsverbundes oder zu Gründen, die gemäß § 4c Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 bis 3 SächsSchulG einer inklusiven Unterrichtung entgegenstehen |