SOESTE-SCHULE-BARSSEL

Förderschule mit den Schwerpunkten
- Lernen (LE)
- Emotionale und Soziale Entwicklung (ES)

GUTESIEGEL-SCHULE 2009 - 2012

Startklar für den Beruf
WESER-EMS MACHT SCHULE

Mobiler Dienst KME
Bitte an die Postanschrift zurücksenden

Anfragende Institution: _____ **Datum:** _____
(Stempel bitte mit Tel.-Nr.)

Ansprechperson: _____
(Name, Vorname)

Tel. / email privat: _____ **Erreichbar an folgenden Tagen um ca.:**

_____

Beratung im Bereich körperliche und motorische Entwicklung

Kind/Jugendliche(r): _____

geb. am: _____

Gruppe/Klasse: _____

Verfügung eines Unterstützungsbedarf im Förderschwerpunkt KME liegt vor: ja ☐ nein ☐

Hiermit wird für das/die/den o.a. Kind/ Jugendliche(n) die Beratung durch den Mobilen Dienst angefragt. Die Erziehungsberechtigten wurden durch die antragstellende Institution (Schule oder vorschulische Einrichtung) über diese Anfrage informiert.

Erziehungsberechtigte: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

_____ _____
Ansprechperson (Klassenlehrer/in; Erzieher/in) **Institutionsleitung**

Postanschrift

Hafenstr.1
26676 Barssel
Tel.: 04499 / 92 30 36
Fax: 04499/ 92 30 38

mail:soeste-schule-barssel@t-online.de
www.soeste-schule-barssel.de

Leitung:
Förderschulrektor
K. Kuszak

Erstinformationen für den Mobilen Dienst KME

Kind/Jugendliche(r): _____geb. am: _____

Angaben zur körperlichen und motorischen Beeinträchtigung

Name der Körperbehinderung (Diagnose):_____

Bitte fügen Sie, in Absprache mit den Erziehungsberechtigten, diesem Fragebogen eine Kopie der schulärztlichen Untersuchung und/oder ggf. andere Unterlagen bei.
Und/oder beschreiben Sie nachfolgend kurz die körperlichen und motorischen Auffälligkeiten:

_____

_____

_____

Art des Beratungsbedarfs

Es besteht ein Beratungsbedarf

- bei den Lehrkräften/Pädagogen (ggf. der Integrationsfachkraft) ja ☐ nein ☐
- bei den Eltern ja ☐ nein ☐
- beim Kind bzw. Jugendlichen ja ☐ nein ☐

Auswirkungen auf den Unterricht/ die Gruppensituation

Das Kind/ der oder die Jugendliche…

- hat Probleme, Unterrichtsorte aufzusuchen. ja ☐ nein ☐
- kann seinen Arbeitsplatz nicht einrichten. ja ☐ nein ☐
- arbeitet wesentlich langsamer. ja ☐ nein ☐
- benötigt häufig Zuspruch. ja ☐ nein ☐
- schreibt sehr unleserlich. ja ☐ nein ☐
- klagt häufig über Schmerzen. ja ☐ nein ☐
- versäumt oft den Unterricht. ja ☐ nein ☐
- ist wenig integriert, oft allein. ja ☐ nein ☐
- benötigt Hilfe beim Umziehen. ja ☐ nein ☐
- braucht Unterstützung in den Pausen. ja ☐ nein ☐
- _____
- _____
- _____

(Nutzen Sie für weitere Ausführungen gerne auch die Rückseite.)

Angaben zum Helfersystem (falls vorhanden)

Das Kind oder der/die Jugendliche braucht zurzeit pflegerische Hilfen: ja☐ nein☐

Art der Pflege:

_____

Diese Pflege führt zurzeit aus:_____

Das Kind oder der/die Jugendliche benötigt derzeit eine Integrationshilfe: ja☐ nein☐

Aufgaben der Integrationsfachkraft:

_____

_____

Die Integrationshilfe wird zurzeit durchgeführt von:_____

Das Kind oder der/die Jugendliche ist derzeit auf Hilfsmittel angewiesen: ja☐ nein☐

Art der Hilfsmittel:

_____

Das Kind oder der/die Jugendliche wird zurzeit therapeutisch behandelt: ja☐ nein☐

Therapeutische Angebote/Maßnahmen:

_____

Konkretisieren Sie, wenn möglich, kurz Ihren Beratungswunsch: Was soll sich ändern? Was ist das dringendste Problem? Liegt ein konkretes Anliegen vor (z.B. Beantragung einer Integrationsfachkraft, Beantragung von Hilfsmitteln, Gestaltung des Übergangs von Kindergarten in die Schule)?

_____

_____

_____

Beauftragung zur Durchführung der Beratung

Die Durchführung des Mobilen Dienstes wird im Rahmen der bestehenden Beauftragung des Förderschullehrers / der Förderschullehrerin _____ angeordnet.

_____

(Kuszak, Schulleitung)