

Schulanschrift:	LDS-Schulnummer:	Datum der Gutachtenerstellung
-----------------	------------------	-------------------------------

Bericht gem. §§17 und 18 AO-SF

An das
Schulamt für den
Rhein-Kreis Neuss
Oberstr. 91
41460 Neuss

Bitte ankreuzen!

- Antrag auf **Wechsel** d. Förderschwerpunkts
- Antrag auf **Erweiterung** d. Förderschwerpunkts
- Antrag auf **Wechsel** des Förderortes
- Beendigung** der sonderpäd. Unterstützung
- Übergang** in die Sekundarstufe I

für den Schüler / die Schülerin		Identnummer	Geschlecht :X		Geboren
Name: Vorname:			weiblich männlich		am: in Ort, Land
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Telefon)					
Staatsangehörigkeit:	Konfession:	Aussiedler: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Asylbewerber: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Erstsprache: <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>	
z. Zt. in Klasse:	FSP bisher:		Schulbesuchsjahr:	Untersuchungsalter:	
Name, Vorname der Sorgeberechtigten:					
Anschrift:				Telefon:	
erstellt von: Gutachter/in Name:					
ggfs. Zweitgutachter/in Name:			Schule:		
Information d. Sorgeberechtigten am				Einverstanden: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
1. Vorschlag an die Schulaufsichtsbehörde: (Begründung s. S. 3 ff.)					
<input type="checkbox"/> kein sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf <input type="checkbox"/> Beendigung der sonderpäd. Unterstützung <input type="checkbox"/> Wechsel des FSP <input type="checkbox"/> neuer FSP			Förderschwerpunkt(e) neu: <input type="checkbox"/> Lernen (LE) <input type="checkbox"/> Sprache (SQ) <input type="checkbox"/> Emotionale u. soziale Entwicklung (ES) <input type="checkbox"/> Geistige Entwicklung (GG) <input type="checkbox"/> Körperliche u. motorische Entwicklung (KM) <input type="checkbox"/> Hören u. Kommunikation/schwerhörig (HK/SG) <input type="checkbox"/> Hören u. Kommunikation/gehörlos (HK/GH) <input type="checkbox"/> Sehen Sehbehindert (SE/SH) <input type="checkbox"/> Sehen/Blind (SE/BL)		
Ggfs. Vorschlag Förderort:					
<input type="checkbox"/> Gemeinsames Lernen <input type="checkbox"/> Förderschule <input type="checkbox"/> Gemeinsames Lernen oder Förderschule			<input type="checkbox"/> zusätzlich Autismus (§42 AO-SF)		
Datum und Unterschrift der Gutachter/innen:			Kenntnis genommen und weitergeleitet Datum und Unterschrift Schulleitung:		

Nr. 2 - 4 NUR VOM SCHULAMT AUSZUFÜLLEN**2. Beabsichtigte Entscheidung:****3. Anhörung der/des Sorgeberechtigten durch die Schulaufsichtsbehörde**

Einladung zum:

 Erschienen*Paraphe / Datum* Nicht erschienen**3.1 Ergebnis: siehe Anlage Besprechungsprotokoll****4. Entscheidung:****4.1** **Verfahren bleibt offen****Beobachtung in:****Bericht zum:** **Wiedervorlage zum:***Datum/ Unterschrift SAB:***4.2** **Beendigung der sonderpädagogischen Unterstützung****4.3** **Es liegt sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf vor. FSP gem. §§ 4-8 AO-SF:** LE SQ ES GG KM HK/SG HK/GH SE/SH SE/BL zielgleich (SQ, ES, KM, HK, SE) zusätzlich Autismus (§ 42) Schwerstbehinderung (§15)

zusätzliche personelle Voraussetzungen hinsichtlich des nichtlehrenden Personals

 erforderlich (siehe Anlage) nicht erforderlich

zusätzliche sächliche Voraussetzungen

 erforderlich (siehe Anlage) nicht erforderlich**4.4 Als Förderort wird festgelegt:** **Gemeinsames Lernen in** Grundschule: Sekundarstufe I: Sekundarstufe II:*ggf. Name der Schule, Ort* **Förderschule mit FSP:** Sofort. Vollziehung wird angeordnet**4.5** Dem Antrag der/des Sorgeberechtigten auf Teilnahme des Kindes am Gemeinsamen Lernen wird stattgegeben wird nicht stattgegeben

Zustimmung des Schulträgers gem § 20 (5) SchulG liegt vor

 ja nein**4.6** Probeweise

Monate bis zum:

Bericht zum:**Bemerkungen:***Datum / Unterschrift der Schulaufsichtsbeamtin / des Schulaufsichtsbeamten*

Begründung: