**Anmeldung zur schulpsychologischen Abklärung oder Beratung SJ 2023/24**

Zum Ausfüllen bitte im Feld auf den Punkt klicken, das □ anklicken oder eine elektronische Unterschrift (Bild) einfügen.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kind** |  |  |  |
| Name | . | Vorname | . |
| Geburtsdatum | . | Geschlecht | m  w  divers |
| Nationalität | . | Erstsprache(n) | . |
| Wohnhaft bei | Eltern  Mutter  Vater | andere | . |
| Geschwister | . | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Mutter** |  | **Vater** | gleiche Wohnadresse |
| Name, Vorname | . | Name, Vorname | . |
| Strasse | . | Strasse | . |
| PLZ, Ort | . | PLZ, Ort | . |
| Telefon | . | Telefon | . |
| E-Mail | . | E-Mail | . |
| Berufl. Tätigkeit | . | Berufl. Tätigkeit | . |
| Dolmetscher(in) | ja Sprache / Name . | Dolmetscher(in) | ja Sprache / Name . |
| Familiensituation | . | | |
| Sorgerecht | gemeinsam  Mutter  Vater | Beistandschaft .  andere . | |
| Korrespondenz-/Informationsrecht (sofern abweichend von Sorgerecht) | gemeinsam  Mutter  Vater | Beistandschaft .  andere . | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Schule** | |  |  |  |
| Schulgemeinde/ Schule | Schulgemeinde auswählen.  . | | Klasse | . |
| Klassenlehrpers. | . | | Telefon / E-Mail | . |
| Klassenlehrpers. | . | | Telefon / E-Mail | . |
|  |  | |  |  |
| Fachpersonen | Name | | von – bis | Telefon / E-Mail |
| SHP / IF | . | | . | . |
| DaZ | . | | . | . |
| Logopädie | . | | . | . |
| Psychomotorik | . | | . | . |
| SSA | . | | . | . |
| . | . | | . | . |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bisherige Schullaufbahn** | | | Bitte Ausdruck Schullaufbahn beilegen, wenn vorhanden | |
| Klasse, Stufe oder Zyklus | Zeitraum | Schule | | Lehrperson(en) |
| . | . | . | | . |
| . | . | . | | . |
| . | . | . | | . |
| . | . | . | | . |
| Bemerkungen | . | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Fragestellung an den SPD**   *Welche Fragen sollen geklärt werden?* |  |
| Von Lehrperson(en) | Von Eltern / Erziehungsberechtigen |
| . | . |

|  |
| --- |
| 1. **Darstellung der Situation**   *Kurze Beschreibung der Situation: Wie erleben Sie das Kind? (Lern- und Leistungsverhalten, Sozialverhalten, emotionale Befindlichkeit, besondere Begabungen und Interessen, Ressourcen, Gesundheitszustand)* |
| . |

*Schulnoten: Bitte ALZ angeben.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fach: | Lesen | Schreib. | M | . | . | . | . | . | . | . | . | . |
| Note: | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . |

|  |
| --- |
| 1. **Bisherige Abklärungen und Massnahmen**   *Was und wann wurde von der Schule bzw. von den Eltern bereits unternommen und wie wirkte sich dies aus?* |
| . |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fachpersonen | Name | Telefon | E-Mail |
| Kinderarzt | . | . | . |

**Aktuelle Förderpläne, SSG-Protokolle** und **Berichte inkl. Testauswertungen** (Logo, PMT etc.) sind in Kopie beigelegt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vorbesprechung der Anmeldung** | | *Schulpsychologe/-psychologin* |
| Datum Fachteam-Sitzung: | Datum | SchulpsychologIn auswählen. . |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unterschriften** *(Einverständnis mit der Abklärung)* | | | *Die Unterschrift der Schulleitung**ist immer nötig.* | |
| Ort und Datum | . | Erziehungsberechtigte | |  |
| Ort und Datum | . | Lehrperson | |  |
| Ort und Datum | . | Schulleitung | |  |

**SPD-Anmeldung: Prüfung Sonderschulbedarf (SAV) SJ 2023/24**

Zum Ausfüllen bitte im Feld auf den Punkt klicken, das □ anklicken oder eine elektronische Unterschrift (Bild) einfügen.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kind** |  |  |  |
| Name | . | Vorname | . |
| Geburtsdatum | . | Geschlecht | m  w  divers |

**Prüfung Sonderschulbedarf (SAV)**

Bei der **Anmeldung zur Prüfung einer Sonderschulungsmassnahme** ist das reguläre SPD Anmeldeformular ausführlich auszufüllen und auf diesem Formular «Prüfung Sonderschulbedarf» anzukreuzen.

Die Anmeldung zur Prüfung einer Sonderschulungsmassnahme auf das darauffolgende Schuljahr erfordert eine **Anmeldung bis 30. November** des laufenden Schuljahres.

Die Eltern wurden an einem SSG über die Fragestellung der Sonderschulung sowie über das Vorgehen informiert.

Die Fördermassnahmen im Rahmen der schulischen Förderangebote wurden ausgeschöpft, vgl. Checkliste zur SAV-Anmeldung. Die Checkliste ist der SAV-Anmeldung beizulegen.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Unterschrift**  Die Unterschrift **der Schulpflege oder einer Vertretung** ist zwingend nötig. | | | |
| Ort, Datum | . | Name, Unterschrift  Schulpflege/Vertretung | . |

**Checkliste zur SAV-Anmeldung**

Zum Ausfüllen bitte im Feld auf den Punkt klicken, das □ anklicken oder eine elektronische Unterschrift (Bild) einfügen.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name | . | Vorname | . |
| Geburtsdatum | . | Geschlecht | m  w  divers |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Bisherige Massnahmen / Förderstufen** | | **ja** | **nein** |
| **1a** | Ein differenziertes Regelklassen-Unterrichtsangebot ist gegeben  Mit den Eltern wurden Gespräche geführt. Wie viele?: . |  |  |
| **1b** | Die Beratung durch relevante Fachpersonen wurde beansprucht:  SHP  IF  Logo  PMT  DaZ  SL  SoPä  FT  FT mit SPD  SSA  SPD (z.B. Sprechstunde)  Schularzt/-ärztin  Fachstellen PH, HfH  Fachstelle: .  B&U: .  Therapien .  andere: . |  |  |
|  | Ein gezielt **individualisiertes** **Regelklassen-Unterrichtsangebot** wird durchgeführt |  |  |
| SSG | Ein SSG wurde durchgeführt, ggf. unter Beteiligung der Schulleitung und / oder Schulpflege und / oder SPD. |  |  |
| **2a** | Das Förderangebot 2a wurde genutzt:  SHP  IF  Logo  PMT  DaZ  BBF  Assistenz  Eine entsprechende Dokumentation liegt vor und zeigt, welche Förderziele und Massnahmen getroffen wurden und welche Wirkungen sie hatten  Ein **angepasstes Regelklassen-Unterrichtsangebot** ist gegeben |  |  |
| **2b** | Ein aufgrund einer Förderdiagnose und Förderplanung angepasstes Regelklassen-Unterrichtsangebot, erweitert mit gezielten sonderpädagogischen Fördermassnahmen  Min. ½ Jahr IF-Status / Förderung ist gegeben  ALZ in . seit . |  |  |
| **Weitere bisherige Massnahmen** | | **ja** | **nein** |
|  | Interne Massnahmen wurden ergriffen  Klassenwechsel  Wechsel in eine andere Lerngruppe  Repetition wurde / wird  in Betracht gezogen /  umgesetzt  Wegweisung  Standortwechsel .  SSA Eltern- und/oder SuS-Beratung  Coaching / Supervision für päd. Team  anderes . |  |  |
|  | Erweiterte Massnahmen wurden / werden  in Betracht gezogen /  umgesetzt  Sozialkompetenztraining  Konzentrationstraining  Time-Out  medizinische  Abklärung .  päd-audiologische Abklärung  Behandlung / Therapie  Familienhilfen  Elternberatung  Familientherapie  . |  |  |
|  | Eine Fachperson des kjz wurde einbezogen |  |  |
|  | Eine Meldung an die KESB wurde / wird  in Betracht gezogen /  umgesetzt |  |  |