

UNTERSTÜTZUNG DER INKLUSION

Anfrage für das Schuljahr 20 / 20

Hinweis: Der Eingang der Anfrage bis zum 30.04. ist aufgrund der weiteren Planungsprozesse notwendig. Nach diesem Datum eingegangene Anfragen können nur noch berücksichtigt werden, wenn es noch freie Kapazitäten gibt.

Familienname	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Vorname	Geburtsname
Straße	Geburtsdatum
PLZ / Wohnort	Geburtsort
Staatsangehörigkeit	
Erziehungsberechtigte/r	
Kontaktdaten	
Telefon (Festnetz): _____	
Mobil: Erziehungsberechtigte/r _____	
Schüler/in _____	
E-Mail Erziehungsberechtigte/r _____	
Schüler/in _____	
Informationen zum Hörstatus	
<input type="checkbox"/> zentrale Wahrnehmungsstörung (AVWS)	
<input type="checkbox"/> gehörlos	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
<input type="checkbox"/> schwerhörig	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
<input type="checkbox"/> Hörsehbehinderung	

Technische Versorgung

- Hörgerät rechts links
- CI (Cochlea Implantat) rechts links
- Übertragungsanlage Lehrermikrofon Schülmikrofon(e) / Anzahl: _____
- Sonstiges: _____

Ich **kommuniziere** hauptsächlich in

- Lautsprache ohne Gebärde Lautsprache mit Gebärde Deutscher Gebärdensprache

Sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf

- Der sonderpädagogische Unterstützungsbedarf **ist mit Bescheid festgestellt**.
- Eine Kopie des Bescheids ist beigefügt.
 - Eine Kopie des Bescheids wird nachgereicht.

Hinweis:

Die unterstützende Beratung durch das Inklusionsteam des RWB Essen kann nur bei Fortbestand des zuvor festgestellten sonderpädagogischen Unterstützungsbedarfs nach AOSF im folgenden Schuljahr erfolgen.

Schwerbehindertenausweis Ja Nein

Grad der Behinderung (GdB)

Angaben zur zuletzt / aktuell besuchten Schule

- Förderschule Hören und Kommunikation
- allgemeine Schule (Gemeinsames Lernen)

Name der Schule _____

Adresse _____

Klassenlehrer/in _____

Sonderpädagogische Lehrkraft _____

von der Förderschule _____

Kontaktdaten (Mail / Telefon) _____

Voraussichtlich zum Schuljahresende bzw. bisher erreichter Schulabschluss

Schule, die (voraussichtlich) ab dem neuen Schuljahr besucht wird

Name der Schule _____

Adresse _____

Bildungsgang bzw. Ausbildungsberuf _____

Hinweis:
Wir möchten darauf hinweisen, dass bei einem Schulwechsel das Verfahren für den Wechsel von der Sekundarstufe I in die Sekundarstufe II (Wechsel des Förderorts) den Vorgaben der jeweiligen Bezirksregierungen entsprechend eingehalten werden muss.

Weitere Anmerkungen (z. B. chronische Erkrankungen etc.)

Es sind **zwei** Unterschriften erforderlich (Anmeldung und Datenschutzerklärung).

1. Anmeldung

Ort, Datum	Unterschrift Erziehungsberechtigte/r
	Unterschrift Schüler/in

2. Datenschutzerklärung

Die Schule erhebt die für die Anmeldung und Organisation der Beratung erforderlichen Daten im Rahmen des § 120 Schulgesetz des Landes NRW. Die Verarbeitung der Daten richtet sich nach der Verordnung über die zur Verarbeitung zugelassenen Daten von Schülerinnen, Schülern und Eltern (VO-DV I, BASS 10 - 44) in der jeweils gültigen Fassung. Das Schulgesetz regelt auch, an welche Stellen personenbezogene Daten übermittelt werden dürfen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich auf die Rechte an meinen Daten und auf die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten hingewiesen wurde.

Ort, Datum	Unterschrift Erziehungsberechtigte/r
	Unterschrift Schüler/in

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich, _____ ,
(Name des / der Erziehungsberechtigten)

die mit der Inklusionsberatung von _____ ,
(Name des Schülers / der Schülerin)

beauftragte Lehrkraft des RWB Essen von der gegenseitigen Schweigepflicht gegenüber den an der Ausbildung und Schullaufbahn beteiligten Personen (z. B. Erziehungsberechtigte/Eltern, Lehrerinnen und Lehrer sowie weitere Beteiligte der Schule, Integrationsfachdienst, Agentur für Arbeit, ehemalige Förderlehrkraft, Akustiker, ggf. Betrieb etc.).

Diese Schweigepflichtentbindung verbleibt in der Akte des Schülers / der Schülerin.
Ich bin jederzeit berechtigt, die Schweigepflichtentbindung zu widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift der / des Erziehungsberechtigten

Ort, Datum

Unterschrift der Schülerin / des Schülers

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich, _____ ,
(Name des Schülers / der Schülerin)

die mit der Inklusionsberatung beauftragte Lehrkraft des RWB Essen von der gegenseitigen Schweigepflicht gegenüber den an der Ausbildung und Schullaufbahn beteiligten Personen (z. B. Erziehungsberechtigte / Eltern, Lehrerinnen und Lehrern sowie weitere Beteiligte der Schule, Integrationsfachdienst, Agentur für Arbeit, ehemalige Förderlehrkraft, Akustiker, ggf. Betrieb etc.).

Diese Schweigepflichtentbindung verbleibt in der Akte des Schülers / der Schülerin.
Ich bin jederzeit berechtigt, die Schweigepflichtentbindung zu widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift der Schülerin / des Schülers