

Kerckhoffstraße 100 · 45144 Essen · Telefon 0201 8767-0 · Fax 0201 751021
sekretariat@rwb-essen.de · inklusionsberatung@rwb-essen.de · www.rwb-essen.de

ANTRAG auf sonderpädagogische Unterstützung für das Schuljahr _____ / _____

Bitte in **BLOCKSCHRIFT** ausfüllen. Danke!

Familienname	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Vorname	Geburtsname
Straße	Geburtsdatum
PLZ/Wohnort	Geburtsort
Erziehungsberechtigte/r	
Kontaktdaten	
Telefon _____	
Mobil: Erziehungsberechtigte/r _____	
Schüler/in _____	
E-Mail _____	
Staatsangehörigkeit	
Technische Versorgung	
<input type="checkbox"/> Hörgeräte <input type="checkbox"/> CI (Cochlea Implantat) <input type="checkbox"/> FM-Anlage <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
Ich kommuniziere hauptsächlich in	
<input type="checkbox"/> Lautsprache ohne Gebärde <input type="checkbox"/> Lautsprache mit Gebärde <input type="checkbox"/> Deutscher Gebärdensprache	
<input type="checkbox"/> Der sonderpädagogische Unterstützungsbedarf ist mit Bescheid festgestellt.	
<input type="checkbox"/> Der Bescheid ist beigefügt.	
<input type="checkbox"/> Der Bescheid wird nachgereicht.	
Schwerbehindertenausweis <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Grad der Behinderung (GdB)

Ergänzende Informationen

- zentrale Wahrnehmungsstörung (AVWS)
- gehörlos
- schwerhörig
- Hörsehbehinderung
- chronische Erkrankungen: _____

Angaben zur letzten Schule

- Förderschule Hören und Kommunikation
- Gemeinsames Lernen (Regelschule)

Schul-Name _____

Adresse _____

Klassenlehrer/in _____

Förderpädagoge/in _____

von der Förderschule _____

Voraussichtlich zum Schuljahresende bzw. bisher erreichter **Schulabschluss**

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

Schul-Name _____

Adresse _____

Bildungsgang bzw. Ausbildungsberuf _____

Weitere Anmerkungen

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 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

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 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