

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 <input type="checkbox"/> divers
Vorname	Geburtsname
Straße	Geburtsdatum
PLZ/Wohnort	Geburtsort
Erziehungsberechtigte/r	
Kontaktdaten	
Telefon (Festnetz): _____	
Mobil: Erziehungsberechtigte/r _____	
Schüler/in _____	
E-Mail Erziehungsberechtigte/r _____	
Schüler/in _____	
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	

Sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf

Der sonderpädagogische Unterstützungsbedarf **ist mit Bescheid festgestellt.**

Der Bescheid ist beigefügt.

Der Bescheid wird nachgereicht.

Der sonderpädagogische Unterstützungsbedarf **wurde aufgehoben.**

Zeitpunkt der Aufhebung: _____

Der sonderpädagogische Unterstützungsbedarf **wurde nicht festgestellt.**

Schwerbehindertenausweis Ja Nein

Grad der Behinderung (GdB)

Ergänzende Informationen

zentrale Wahrnehmungsstörung (AVWS)

gehörlos

schwerhörig

Hörsehbehinderung

chronische Erkrankungen: _____

Angaben zur in der Sekundarstufe I besuchten Schule

Förderschule Hören und Kommunikation

Regelschule (Gemeinsames Lernen)

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