Platzierungsanfrage Tagessonderschule Brugg

Dieses Dokument wird von der anfragenden Schulleitungsperson oder einer Person des zuständigen schulpsychologischen Dienstes ausgefüllt.

|  |
| --- |
| **Anfragende Schule**  |
| Name/Funktion |       |
| Schule |       |
| Email |       |
| Festnetz/Natel |             |
| Die Gemeinde ist mit der Zuweisung einverstanden | [ ]  Ja [ ]  Nein [ ]  noch nicht geklärt |
| Wurde das Kind auch in anderen Institutionen angemeldet: | [ ]  Ja [ ]  Nein Wenn ja, wo?      |

|  |
| --- |
| Personalangaben Kind [ ]  männlich [ ]  weiblich [ ]  andere |
| Name/Vorname |       |
| Geburtsdatum |       |
| Schulstandort |       |
| Aktuelle Klasse |       |
| Leistungsniveau |       |
| Gewünschter Eintritt per |       |
| Schulbesuch zur Zeit regulär | [ ]  Ja [ ]  Nein Wenn nein, welche Art Beschulung findet statt:[ ]  Minimalbeschulung vor Ort[ ]  Besuch Privatschule, welche?      [ ]  Homeschooling[ ]  andere:       |
| Kooperation der Eltern | [ ]  ja [ ]  bedingt [ ]  nein |

|  |
| --- |
| **Kontaktdaten Kindseltern** |
| Name/Vorname |       |
| Adresse |       |
| Telefonnummer, Email |             |

|  |  |
| --- | --- |
| Name/Vorname |       |
| Adresse |       |
| Telefonnummer, Email |             |

|  |
| --- |
| **Weitere involvierte Personen (SPD, Lehrperson, Therapeuten, Beistand/Beiständin etc.)** |
| Name/Vorname/Funktion |       |
| Telefonnummer, Email |             |

|  |  |
| --- | --- |
| Name/Vorname/Funktion |       |
| Telefonnummer, Email |             |

|  |  |
| --- | --- |
| Name/Vorname/Funktion |       |
| Telefonnummer, Email |             |

|  |  |
| --- | --- |
| Name/Vorname/Funktion |       |
| Telefonnummer, Email |             |

|  |
| --- |
| **Verschiedenes** |
| Hat das Kind Geschwister in einer anderen Sonderschule oder stationären Einrichtung? | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| Hat das Kind einen Beistand / eine Beiständin? | [ ]  Ja [ ]  Nein Wenn ja: Name, Telefon, Email      |
| Gab es bereits eine Gefährdungsmeldung oder wurde eine solche in Erwägung gezogen? | [ ]  Ja [ ]  Nein Wenn ja, wann und durch wen:      |
| Hat ein Elternteil einen Beistand / eine Beiständin? | [ ]  Ja [ ]  Nein  |

Bemerkungen:

Abklärungen, Therapien, Medikamente

|  |
| --- |
| **SPD Abklärung (bitte Bericht beilegen)** |
| Abklärung | [ ]  in Abklärung [ ]  Abklärung abgeschlossen, Empfehlung für Sonderschule vorhanden |
| Gibt/gab es Empfehlungen für einen stationären Aufenthalt? | [ ]  Ja [ ]  Nein  |
| Hat die Fachperson des SPD das Kind gesehen? | [ ]  Ja [ ]  Nein  |
| Hat die Fachperson des SPD direkten Elternkontakt gehabt? | [ ]  Ja [ ]  Nein  |

|  |
| --- |
| **Weitere Abklärungen (bitte Berichte beilegen)** |
| Abklärung hinsichtlich | Abklärungszeit | Abklärende Stelle | Bericht liegt bei |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |

|  |
| --- |
| **Bisher besuchte Therapien (Logopädie, Psychotherapie, Psychomotorik, andere)** |
| Therapie | von - bis | Häufigkeit | Therapeut/in (mit Email, Anschrift und Telefonnummer) |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |

Bemerkungen:

Beilagen

[ ]  SPD Bericht

[ ]  Ergänzende Abklärungs- oder Therapieberichte, Schulberichte

Datum und Unterschrift der Schulleitungsperson/SPD:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_