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:

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