|  |  |
| --- | --- |
| Name der Einrichtung | Sonderpädagogisches Förderzentrum    Am Gries 25  83026 Rosenheim  Tel: 08031 / 40672-111  Fax: 08031 / 40672-129  E-Mail: [sfz@schulen.rosenheim.de](mailto:sfz@schulen.rosenheim.de) |

Antrag auf Begleitung durch die Mobile sonderpädagogische Hilfe

**Name des Kindes** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geboren am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kindergartenbesuchsjahr: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Gruppe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gruppenleitung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort / Straße: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Am besten zu erreichen (Tel. / Zeit / Ort) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Beobachtungen der Eltern / Erziehungsberechtigte (Bitte extra Blatt benutzen!)**

|  |
| --- |
|  |

**Antrag des / der Erziehungsberechtigten:**

Ich / Wir beantragen die Mobile sonderpädagogische Hilfe des SFZ Rosenheim.

Wir sind damit einverstanden, dass unser Kind von der Mobilen sonderpädagogischen Hilfe auf begrenzte Zeit betreut wird. Wir sind mit den notwendigen Tests einverstanden und erwarten, dass die Testergebnisse und die weiteren Förderplanungen mit uns und den betroffenen Fachkräften abgesprochen werden.

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

Datum Unterschrift der Erziehungsberechtigten

|  |
| --- |
| **Beobachtungen des Kindergartens hinsichtlich Gruppenverhalten, Persönlichkeitsmerkmalen, Problemen, etc.** |

|  |
| --- |
| **Bisher bereits mit dem Kind arbeitenden Fachdienste (Therapeuten, Ärzte, Ämter, etc.)** |

**Ein Bild, das Text, Schuhwerk, Screenshot, Kleidung enthält.

Automatisch generierte Beschreibung** Sonderpädagogisches Förderzentrum

Am Gries 25, 83026 Rosenheim,   
 Tel. 08031/40672-111;   
 Fax 08031/40672-129  
 E-Mail: [sfz@schulen.rosenheim.de](mailto:sfz@schulen.rosenheim.de)

MSH Mobile sonderpädagogische Hilfen

**Entbindung der Schweigepflicht**

Hiermit erteilen wir unsere Einwilligung, dass Herr / Frau \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

über mein / unser Kind \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ geboren am

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ im Rahmen eines

Beratungsgutachtens spricht und in entsprechende Unterlagen Einsicht

nehmen darf.

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

Ort, Datum Unterschrift der Erziehungsberechtigten