|  |  |
| --- | --- |
| Name der Einrichtung | Sonderpädagogisches FörderzentrumAm Gries 2583026 RosenheimTel: 08031 / 40672-111Fax: 08031 / 40672-129E-Mail: 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.)** |

**** Sonderpädagogisches Förderzentrum

 Am Gries 25, 83026 Rosenheim,
 Tel. 08031/40672-111;
 Fax 08031/40672-129
 E-Mail: 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