

Gewünschte Aufnahme in SVE (Vorschule): _____

Gewünschte Aufnahme in Klasse : _____

 Aufnahme in Heilpädagogische Tagesstätte
 (nach §53/54) gewünscht:

-
- Ja
-
-
- Nein

Aufnahme in den Hort gewünscht:

-
- Ja
-
-
- Nein

Name und Vorname des Kindes	Nachname	Vorname
Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich / <input type="checkbox"/> männlich		
Geburtsdatum:	Geburtsort:	
Bekenntnis:	Staatsangehörigkeit:	Muttersprache: Weitere Sprachen:
Nicht deutsches Geburtsland:	Zuzugsdatum:	
Anschrift:		
Telefonnummer:	Fax:	E-Mail:

Name Elternteil 1:	Geburtsdatum:	
	Geburtsname:	
Anschrift:		
Telefonnummer:	privat:	dienstlich:
Familienstand:	Staatsangehörigkeit:	erziehungsberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beruf:	ganztags / halbtags	
Arbeitgeber/in:		

Name Elternteil 2:	Geburtsdatum:	
	Geburtsname:	
Anschrift:		
Telefonnummer:	privat:	dienstlich:
Familienstand:	Staatsangehörigkeit:	erziehungsberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beruf:	ganztags / halbtags	
Arbeitgeber/in:		

Geschwister Name und Geburtsjahr		
evtl. andere Erziehungsberechtigte oder Betreuer/innen (Name/Anschrift/Telefon)		

Besteht Förderbedarf im Bereich der körperlichen und motorischen Entwicklung?
 ja nein
 Besteht ein anderer Förderbedarf, wenn ja welcher?

Diagnose:	seit wann?
------------------	------------

Schwerwiegende OP:
 (z.B. Shunt, Herz-OP, Transplantation,...)

Liegt eine Fütter-, Ess-, oder Trinkstörung vor? Nein Ja
 (Bitte Arztbericht einreichen)

Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/> Gehstöcke	<input type="checkbox"/> WC-/Duschstuhl
<input type="checkbox"/> Elektrorollstuhl	<input type="checkbox"/> Prothesen	<input type="checkbox"/> Stehbrett
<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Atemgerät	<input type="checkbox"/> Kommunikationsgerät
<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Pflege-/Stehbett	<input type="checkbox"/> Esshilfe
<input type="checkbox"/> Geh-/Stehapparat	<input type="checkbox"/> Lifter	

Sonstiges:

Pflegebedarf:

Hilfen erforderlich bei:	gelegentlich	häufig	ständig	Hilfen erforderlich bei:	gelegentlich	häufig	ständig
Aufstehen und Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Waschen/Duschen/Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umlagern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zähneputzen/Kämmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen/Stehen/Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toilettenbenutzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungszubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kommunikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anlegen/ Gebrauch von Hilfsmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verabfolgung von Medikamenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauswirtschaftlicher Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blasen-/Darmentleerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Krampfanfälle	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wann zuletzt?
---------------	---	---------------

Sonstige gesundheitliche Einschränkungen (z.B. Allergien, Diät)	
---	--

Medikamente	
-------------	--

Derzeit behandelnde Ärztin/Arzt, Psychologin/Psychologe, Beratungsstellen	Name:	Fachgebiet (Therapieart):	Anschrift / Telefon:

Angabe bisheriger Therapiearten: Häufigkeit pro Woche	<input type="checkbox"/> Krankengymnastik ___ je Woche <input type="checkbox"/> Ergotherapie ___ je Woche <input type="checkbox"/> Logopädie ___ je Woche	<input type="checkbox"/> Therapeutisches Reiten ___ je Woche <input type="checkbox"/> Therapeutisches Schwimmen ___ je Woche
---	---	---

Sonstiges:

Für Aufnahme unbedingt erforderliche Unterlagen, wenn vorhanden: <input type="checkbox"/> Aktuelles Foto des Kindes <input type="checkbox"/> Kopie der Geburtsurkunde <input type="checkbox"/> Kopie aktueller Arztberichte <input type="checkbox"/> Kopie des Behindertenausweises <input type="checkbox"/> Kopie des Impfbuches <input type="checkbox"/> Kopie des letzten Schulzeugnis / Lernentwicklungsgesprächs <input type="checkbox"/> Kopie des Kindergartenberichts / Tagesstättenberichts (HPT)	Wünschenswert: <input type="checkbox"/> Physiotherapeutischer Bericht <input type="checkbox"/> Ergotherapeutischer Bericht <input type="checkbox"/> Logopädischer Bericht <input type="checkbox"/> Psychologischer Bericht
--	---

Krankenkasse <input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Privat	Name der Versicherung	Anschrift
Name des Versicherten		

Gewünschte Aufnahme			
für das Schuljahr 20 / 20.....			
Schulvorbereitende Einrichtung			
Förderzentrum Grundschule	Jahrgangsstufe		
Förderzentrum Mittelschule	Jahrgangsstufe		
Derzeitiger Schulbesuch	Name der Schule	Anschrift	
Jahrgangsstufe:.....			
Schulpflichtjahr:.....			
Derzeitige Einrichtung	Name der Einrichtung	Anschrift	
<input type="checkbox"/> Frühförderung <input type="checkbox"/> Kinderkrippe <input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Schulvorbereitende Einrichtung <input type="checkbox"/> Heilpädagogische Tagesstätte			

Zurückstellung vom Schulbesuch: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wann?
Einschulungsdatum:	Sprengelschule (Anschrift):

Bisherige Schullaufbahn			
Schulbesuchsjahr	Schuljahr	Jahrgangsstufe	Schulbezeichnung / Ort
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Ort, Datum
Unterschrift