Stempel der Grundschule/Telefonnummer BFZ- Eingangsstempel

An das regionale sonderpädagogische Beratungs- und Förderzentrum

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

**Anfrage zur Unterstützung durch das**

**Beratungs- und Förderzentrum vor Einschulung für das Schuljahr 20\_\_/\_\_**

Name des Kindes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Geschlecht: m / w

Name der Eltern: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anschrift der Eltern: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-Mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mobil:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zuständige Kindertagesstätte:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Leiterin/Leiter:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zuständige Erzieherin/Erzieher: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anschrift, Telefonnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beginn der Schulpflicht: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Frühförderstelle ist eingebunden [ ]  Ja [ ]  Nein

Integrationsplatz [ ]  Ja [ ]  Nein

Vorzeitige schulärztliche Untersuchung angestrebt [ ]  Ja [ ]  Nein

**Vermuteter Förderschwerpunkt:**

[ ]  Sprachheilförderung [ ]  geistige Entwicklung [ ]  Hören

[ ]  emotionale und soziale Entwicklung [ ]  körperliche und motorische Entwicklung [ ]  Sehen

[ ]  Lernen [ ]  kranke Schülerinnen und Schüler

Die von Ihnen zu Ihrer Person im Rahmen des sonderpädagogischen Verfahrens freiwillig mitgeteilten und personenbezogenen Daten speichere ich in meiner Behörde zur Bearbeitung und Abwicklung des Vorgangs. Hierzu kann es auch notwendig sein, Ihre personenbezogenen Daten, dem regionalen oder überregionalen Beratungs- und Förderzentrum sowie Förderschulen vorzulegen, die im Rahmen des Verfahrens mit einer förderdiagnostischen Stellungnahme beauftragt werden sollen. Im Rahmen der Bearbeitung kann es gegebenenfalls auch erforderlich sein, dass ich weitere Daten bei Ihnen erfragen werde. Nach Abschluss des Verfahrens werde ich nach Bescheidung die Daten an die zuständige Schule übersenden. Auszüge dieser Unterlagen werden Teil der Schülerakte. Die Vernichtung der Unterlagen erfolgt nach den Regularien des gültigen Erlasses zur Aktenführung des Landes Hessens. Die Datenschutzbeauftragte meiner Behörde erreichen Sie unter: datenschutz.ssa.wi@kultus.hessen.de

Es besteht ein Beschwerderecht bezogen auf die Verwendung Ihrer personenbezogenen Daten an die zuständige Aufsichtsbehörde. Das ist der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit, Gustav-Stresemann-Ring 1, 65189 Wiesbaden. Allgemeine Informationen zum Datenschutz finden Sie auf den Internetseiten des Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit (www.datenschutz.hessen.de).

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

 Datum / Unterschrift Datum / Unterschrift

 der Eltern / Sorgeberechtigten der Schulleiterin / des Schulleiters

**Ergebnis der Beratung – *(Wird durch das BFZ ausgefüllt!)***

Beratungsgespräch mit Eltern /Sorgeberechtigten: [ ] Ja [ ] Nein

Beratungsgespräch mit Erzieher/in / KT- Leiter/in: [ ] Ja [ ] Nein

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

Name

Beratungsgespräch mit Frühförderstelle: [ ] Ja [ ] Nein

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

Name

Beratungsgespräch mit Eingliederungshelfer/in: [ ] Ja [ ] Nein

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

Name

Vorzeitige schulärztliche Untersuchung liegt vor: [ ] Ja [ ] Nein

[ ] Rückstellung vom Schulbesuch und Besuch der Kindertagesstätte /der Vorklasse

[ ] Rückstellung vom Schulbesuch und Teilnahme am Vorlaufkurs

[ ] Anbahnung eines Entscheidungsverfahrens zum Anspruch auf sonderpädagogische Förderung

[ ] Aufnahme in die Förderschule

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

[ ] Beratung in Kooperation mit Fach-BFZ/ Förderschule

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

[ ] Aufnahme in die erste Klasse der

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

[ ] Betreuungsplatz wird gewünscht

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

Datum / Unterschrift Datum / Unterschrift

der BFZ- Lehrkraft der BFZ- Schulleitung