|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Bielefeld, |
| Zuständige Schule | Telefon-Nr. | Ort, Datum |

**An das**

**Schulamt für die Stadt Bielefeld**

**- 400.13 -**

**AO-SF-Verfahren** (bitte am Computer ausfüllen)

**Änderung des Förderschwerpunktes  probeweise** (max. 6 Monate)

**Beendigung der sonderpädagogischen Unterstützung  probeweise** (max. 6 Monate)

**Für das Kind:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname | | | | Geb.-Datum | m  w |
| Name, Vorname d. Erziehungsberechtigten 1 | | | Name, Vorname d. Erziehungsberechtigten 2 | | |
| Anschrift d. Erziehungsberechtigten 1 (Straße, Hausnummer / Plz, Ort), Telefon | | | | | |
| Falls abweichend: Anschrift d. Erziehungsberechtigten 2 (Straße, Hausnummer / (Plz, Ort), Telefon | | | | | |
| Klasse | Schulbesuchsjahr | Erstsprache | Staatsangehörigkeit | | |

**Bisheriger FSP:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| vorrangiger Förderschwerpunkt: |  | |
| weiterer/e Förderschwerpunkt/e: |  |  |

**Als neuer FSP / Förderort wird vorgeschlagen:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| vorrangiger Förderschwerpunkt: | |  | | |
| weiterer/e Förderschwerpunkt/e: | |  | |  |
| Förderort: | Die Eltern wünschen einen Platz an der Schule: | | Mit der gewünschten Schule wurde be­reits über den Wechsel des Förder­ortes gesprochen. | |
| Benötigt das Kind besondere Hilfsmittel oder spezielle Ausstattung? (Bitte **detailliert** auflisten) | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Einzelintegration? (Nur bei HK, Sehen oder KME) | | nein | ja | Bemerkung: | |
| Ist die **Versetzung** des Kindes **stark gefährdet**? | | nein | ja | Bemerkung: | |
| Der Antrag erfolgt auf Beschluss der Klassenkonferenz vom | | |  | | |
| Die Änderung soll erfolgen zum: | 01.02. | | 01.08. | | sofort |

**Beigefügt sind:**

**- ein Entwicklungsbericht,** aus dem die Änderung hervorgeht

**- Aktuelles Zeugnis in Kopie** beim Förderschwerpunkt „Lernen“

**- FB 3**

|  |  |
| --- | --- |
| Das Gespräch mit den Erziehungsberechtigten fand statt am: |  |

Die Erziehungsberechtigten sind einverstanden:  ja  nein

|  |  |
| --- | --- |
| Unterschrift Schulleiter/in |  |

**Entscheidung des Schulamtes für die Stadt Bielefeld**

(Wird nur vom Schulamt ausgefüllt)

Nach schulfachlicher Prüfung wird verfügt:

Bescheid erteilen

antragsgemäß

vorrangiger Förderschwerpunkt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

weiter(e) Förderschwerpunkt(e): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Intensivpädagogische Förderung bei Schwerstbehinderung gemäß § 15 AO-SF

Förderort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ablehnung

|  |
| --- |
| zuständigkeitshalber zur Entscheidung weiter an:  Bezirksregierung Detmold  Schulamt für den Kreis/ die Stadt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Bielefeld, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum / Schulaufsichtsbeamtin / -beamter

**Verfügung:**

Fall in AO-SF-Datenbank erfasst

Elternwunsch FöS erfasst

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

(Handz. SB Schulamt)

**Information / Erklärung der Erziehungsberechtigten**

|  |
| --- |
|  |
| Zuständige Schule |
|  |  |  |
| Name des Kindes |  | Geburtsdatum des Kindes |
| **Erziehungsberechtigte/r:** | | |
|  |  |  |
| Name/Vorname |  | Name/Vorname |
|  |  |  |
| Straße/Hausnummer |  | Straße/Hausnummer |
|  |  |  |
| Postleitzahl/Ort |  | Postleitzahl/Ort |

**Beantragung des Verfahrens zur Feststellung eines sonderpädagogischen Unterstützungsbedarfs**

**(AO-SF-Verfahren)**

Ich/Wir beantrage/n die Durchführung des AO-SF-Verfahrens. (Antrag der Erziehungsberechtigten)

Ich/Wir wurde/n von der Schule über die Beantragung des AO-SF-Verfahrens informiert. (Antrag der Schule)

**Entbindung von der Schweigepflicht**

Ich/Wir bin/sind **nicht** einverstanden.

Ich/Wir bin/sind einverstanden.

Verfahrensrelevante Unterlagen dürfen von den unten genannten Einrichtungen eingeholt werden:

- Bitte Name der Ärztin/des Arztes oder Krankenhauses oder der Kita unbedingt angeben -

|  |
| --- |
|  |
| (Name, Anschrift d. Ärztin/Arztes, der KiTa, des Krankenhauses etc.) |
|  |
| (Name, Anschrift d. Ärztin/Arztes, der KiTa, des Krankenhauses etc.) |

**Änderung / Beendigung der sonderpädagogischen Förderung**

Ich/Wir bin/sind mit der Änderung des Förderschwerpunktes einverstanden.

Ich/Wir bin/sind mit der Änderung des Förderschwerpunktes **nicht** einverstanden.

Ich/Wir bin/sind mit der Beendigung der sonderpädagogischen Förderung einverstanden.

Ich/Wir bin/sind mit der Beendigung der sonderpädagogischen Förderung **nicht** einverstanden.

**Wunsch der Erziehungsberechtigten zum Förderort**

|  |  |
| --- | --- |
| **Gemeinsames Lernen** in der Schule: |  |
| **Förderschule**: |  |

An der gewünschten Schule wird bereits ein Geschwisterkind beschult:  Nein  Ja, Klasse:

Mir/Uns ist bekannt, dass **kein** Rechtsanspruch auf einen Platz an einer konkreten Schule besteht.

Ich/Wir wurde/n über die Beantragung, den Inhalt und den Ablauf des AO-SF-Verfahrens, sowie die Möglichkeiten der sonderpädagogischen Unterstützung für mein/unser Kind **umfassend** beraten und informiert.

Die **Broschüre „Schulische Angebote für Kinder und Jugendliche**

**mit sonderpädagogischem Unter­stützungsbedarf“** wurde mir/uns am       ausgehändigt.

Datum

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ort, Datum |  | Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten |