**AO-SF-Verfahren - Gutachten -**

**1. Persönliche Angaben des Kindes und der Erziehungsberechtigten**

|  |  |
| --- | --- |
| Nachname des Kindes |       |
| Vorname des Kindes |       |
| Anschrift des Kindes |       |
| Geburtsdatum |       |
| Geschlecht | [ ]  weiblich | [ ]  männlich |
| Nationalität |       |
| Erstsprache |       |
| Erziehungsberechtigte/r 1 |       |
| Anschrift |       |
| Telefon-Nr. |       |
| Erziehungsberechtigte/r 2 |       |
| Anschrift  |       |
| Telefon-Nr. |       |
| Sonstige/r mit der Stellung zum Kind |       |
| Anschrift der sonstigen Person/Vormund |       |
| Telefon-Nr.  |       |
| **1.1 Schule** |
| Zuständige Schule |       |
| Derzeit besuchte Einrichtung (Name, Anschrift, Ansprechpartner/in) |       |
| Beauftragte Regelschule |       |
| Beauftragte Förderschule |       |
| Gutachter/in(Achtung: dialogisches Verfahren, daher bitte die Namen beider Gutachter/innen nennen) | **Gutachter/in****Regelschule** | **Gutachter/in Förderschule** |
|  |       |       |
| Elterngespräch/e am |       |
| **2. Ablauf des Überprüfungsverfahrens / Informationsquellen** |
| Überprüfung am |       |
| Datum der Hospitation |       |
| Verhaltensbeobachtungen |       |
| Berichte |       |
| Schulärztliches Gutachten vom |       |
| **3. Ausgangslage und Anlass der Begutachtung**(Aktuelle Situation des Kindes, vermuteter vorrangiger Förderbedarf) |
|       |
| **4. Lebensumwelt des Kindes oder des/der Jugendlichen**(Besonderheiten der Anamnese, Schwangerschaft, Geburt, Ernährung, Motorik, organische Veränderungen, Sprache, Migrations­hintergrund, familiäre Situation, Besonderheiten beim Kindergartenbesuch, bisherige Fördermaßnahmen und therapeutische Maßnahmen) |
|       |

|  |
| --- |
| **5. Lern- und Entwicklungsstand**Aussagen zu folgenden Punkten sollen ausführlich getroffen werden:**Wahrnehmung** (auditiv, visuell, taktil, kinästhetisch, Raum-Lage-Wahrnehmung, Figur-Grund-Wahrnehmung, Kraftdosierung, Körperschema) |
|       |
| **Motorik** (Feinmotorik, Grobmotorik, motorische Entwicklung, Körperspannung) |
|       |
| **Sprache/Kommunikation** (Sprechbeginn, Sprachentwicklung, Sprachverständnis, Wortschatz, Aussprache, Grammatik, Laut­stärke­regelung, kommunikative Kompetenzen, angepasst an soziale Umwelt) |
|       |
| **Kognition** (Fähigkeit, Probleme zu lösen, Merkfähigkeit, Gesetzmäßigkeiten erkennen, Intelligenz-Testverfahren, Ergebnis und Testverhalten im Zusammenhang mit Ausgangsfrage – Beobachtungsbogen nutzen) |
|       |
| **Emotionale und soziale Entwicklung** (Kontaktaufnahme, Spielverhalten, Umgang in Konflikten, Empathiefähigkeit, Regelver­halten, Fähigkeit zur Reflexion des eigenen Handelns, Umgang mit Frustration, Umgang mit Anforderungen) |
|       |
| **Lern- und Leistungsverhalten** (Lernfreude, Umgang mit Überforderung/Unterforderung, Konzentration, strukturiertes Vorgehen) |
|       |
| **Schulische Kompetenzen** (mathematische, sprachliche, schriftsprachliche Kompetenzen) |
|       |
| **Lebenspraktische Kompetenzen** (Selbstversorgung, Orientierung) |
|       |
| **Interessenbereiche** |
|       |
| **6. Zusammenfassung** Sollte die Beschulung im GL als nicht zielführend angesehen werden, ist eine detaillierte Begründung erforderlich! Sollte der sonderpädagogische Unterstützungsbedarf zurzeit noch nicht abschließend feststellbar sein, ist eine detaillierte Begründung unbedingt erforderlich. |
|       |
| **6.1. Vorgeschlagener Unterstützungsbedarf aus Sicht der Gutachter/innen** |
| **6.1.1** | Vorrangiger **Förderschwerpunkt**  |  |
| Begründung: |  |
| **6.1.2** | **Weiterer Förderschwerpunkt** |  |
| Begründung: |  |
| **6.1.3** | **Weiterer Förderschwerpunkt** |  |
| Begründung: |       |
| **6.1.4** | **Zusätzliche Sachausstattung** notwendig? |  | **Wenn Ja, welche?:**       |
| **7. Elternwunsch (FB 7.1)**(**Achtung**: Hier bitte Hinweise zum gewünschten Förderort (Schulform, Schule, ggf. Jahrgang) aufnehmen |
|       |
|  |
| **8. Fazit** |
|       |
|       |
| Datum |  |
|  |
| Unterschrift Gutachter/in |  | Unterschrift Gutachter/in |

**Erklärung der/des Erziehungsberechtigten zum Verfahrensabschluss**

|  |
| --- |
| Zuständige Schule  |
| Name des Kindes  | Geburtsdatum des Kindes  |
| **Erziehungsberechtigte/r:** |
| Name/Vorname  | Name/Vorname  |
| Anschrift  | Anschrift  |
| **Beratungsgespräch** am  |       |
| Teilnehmende Gutachter/innen**:** |       |
| Teilnehmende/r Erziehungsberechtigte/r: |       |
| Teilnehmende/r Übersetzer/in: |       |
| **Sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf** |
| Aus Sicht der Gutachter/innen besteht für mein/unser Kind |
| [ ]  kein sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf. |  |
| [ ]  sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf im/in den Bereich/en: |
|       |
| [ ]  Ich/Wir bin/sind mit dem Vorschlag der Gutachter/innen über den genannten sonderpädagogischen Unter­stützungsbedarf einverstanden. |
| **Wunsch der Erziehungsberechtigten zum Förderort** |
| [ ]  Ich/Wir wurde/n über das Gemeinsame Lernen und den Besuch einer Förderschule informiert und wünsche/n für mein/unser Kind eine Beschulung |
| [ ]  im Gemeinsamen Lernen der |       |
| [ ]  an der Förderschule |       | ab |       |
| 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. |

**Hinweis**

[ ]  Ich/Wir bin/sind informiert, dass die endgültige Entscheidung über den sonderpädagogischen Unter­stüt­zungs­bedarf und den Förderort von der zuständigen Schulaufsicht getroffen wird.

[ ]  Ich/Wir bin/sind mit dem Vorschlag der GutachterInnen **nicht** einverstanden und wünsche/n ein Ge­spräch mit der zuständigen Schulaufsicht.

|  |
| --- |
| Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten |

Sie können diese Erklärung auch per Post zusenden:

Stadt Bielefeld

Schulamt für die Stadt Bielefeld

33597 Bielefeld

**Empfehlungen zur Feststellung eines sonderpädagogischen**

**Unterstützungsbedarfs und zur Entscheidung über den weiteren Schulbesuch**

|  |  |
| --- | --- |
| Zuständige Schule  | Datum      |

**An das**

**Schulamt für die Stadt Bielefeld**

**- 400.13 -**

**AO-SF-Verfahren für das Kind:**

|  |  |
| --- | --- |
| Name |   |
| Vorname  |   |
| Geburtsdatum |   |
| Name/n der Gutachter/innen |   |

Beigefügt übersenden wir den o. g. Vorgang incl. des AO-SF-Gutachtens und des Entscheidungsvor­schlags.

**Ergebnis:**

Sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf

[ ]  liegt **nicht** vor

[ ]  lässt sich noch nicht abschließend feststellen

[ ]  liegt vor.

Für den weiteren Schulbesuch wurde folgende **Empfehlung** erarbeitet:

* **Förderschwerpunkt**

|  |  |
| --- | --- |
| Vorrangiger Förderschwerpunkt |   |
| Weiterer Förderschwerpunkt |   |
| Weiterer Förderschwerpunkt |   |

* **Förderort**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Allgemeine Schule mit GL |       |
| [ ]  Förderschule mit dem Förderschwerpunkt |       |
| **Zusätzliche Sachausstattung** notwendig? |  ! Wenn Ja, welche?:  |

**Wunsch der Erziehungsberechtigten**

* **Allgemeine Schule mit GL**:
* **Förderschule**:

**Übereinstimmung mit den Erziehungsberechtigten**

[ ]  wurde erzielt. [ ]  wurde **nicht** erzielt.

[ ]  Die Erziehungsberechtigten erschienen nicht zu den angebotenen Gesprächsterminen

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Unterschrift Lehrkraft der zuständigen Schule |  | Unterschrift Förderschullehrkraft |