|  |
| --- |
|       |
| Name der Schule |

**Checkliste**

zum AO-SF-Erstverfahren

(Vorblatt zum Vorgang)

|  |  |
| --- | --- |
|       |       |
| Name , Vorname des Schülers / der Schülerin | Geb.-Datum |

|  |
| --- |
|       |
| Name der zuständigen Schule |

**Antragstellung:**

[ ]  Antrag **(FB 2)** vollständig ausgefüllt

[ ]  Information/Erklärung der Erziehungsberechtigten liegt im Original vor und ist dem Antrag beigefügt **(FB 3)**

[ ]  Broschüre „Schulische Angebote für Kinder und Jugendliche mit sonderpädagogischem Förderbedarf“ wurde ausgehändigt (s. Erklärung FB 3)

[ ]  Berichtsbogen für Schulanfänger **(FB 4)** oder Berichtsbogen für SuS **(FB 5)** ist vollständig ausgefüllt und unterschrieben beigefügt

[ ]  Anlage zum FSP Emotionale und soziale Entwicklung **(FB 12)** ist ausgefüllt beigefügt

[ ]  Ggf. vorhandene Gutachten, ärztl. oder sonstige Berichte sind in Kopie beigefügt

**🡪 Antrag ab an Schulamt**

**Begutachtung und Abschluss des Verfahrens:**

[ ]  Gutachten mit Zusammenfassung (Fazit) erstellt **(FB 7)**

[ ]  Gemeinsame Empfehlung der GutachterInnen zur Feststellung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs und des Förderortes erarbeitet **(FB 8)**

[ ]  Elterngespräch über das Ergebnis der Begutachtung und der Empfehlung (FöSchwerpunkt/Förderort) **(FB 7.1)**

[ ]  **Achtung!** Gutachten durch AO-SF-Koordinator vor Abgabe des Vorgangs an Schulamt **per Mail** an schulamt@bielefeld.de (**Achtung**: Datenschutz! Sichere Verbindung wählen!)

**🡪 Abgabe der gesamten AO-SF-Akte zur Entscheidung an das**

 **Schulamt über die Schulleitung**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   |       | Bielefeld,       |
| Schule | Telefonnummer |  |

**An das**

**Schulamt für die Stadt Bielefeld**

**33602 Bielefeld**

**Antrag auf** (bitte am Computer ausfüllen)

**Eröffnung des Verfahrens zur Feststellung des sonderpädagogischen Unterstützungsbedarfs und zur Entscheidung über den schulischen Förderort gemäß AO–SF**

**Antragsfrist** -für Schulanfänger/innen **01.12.**

**Antragsteller/in**

[ ]  Erziehungsberechtigte/r

[ ]  Schule
Das Kind kann aus unserer Sicht mit den Mitteln unserer Schulform **nicht** hinreichend gefördert werden.

**Daten der Schülerin/des Schülers**

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname der Schülerin/des Schülers  | Geb.-Datum  |
| Anschrift (Straße, Hausnummer / Plz, Ort)            |
| Staatsangehörigkeit      | Erstsprache      | zz. in Klasse      | [ ]  Schulanfänger/in |

|  |
| --- |
| Name und Anschrift der jetzigen Fördereinrichtung (Schule, Kindergarten o. Ä.)      |
| Ansprechpartner/in der jetzigen Fördereinrichtung      | Telefon      |

**Wir vermuten sonderpädagogischen Unterstützungsbedarf im Förderschwerpunkt (FSP)**

(§§ 3 ff. AO-SF)

|  |  |
| --- | --- |
| **vorrangiger FSP** |  |
| möglicher weiterer FSP |  |
| möglicher weiterer FSP |  |
| Ist die Versetzung stark gefährdet? | [ ]  ja [ ]  nein |
| **wohnortnächste Schule mit GL** |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Erforderliche Anlagen** | Von**Schulleitung**auszufüllen | Vom**Schulamt**auszufüllen |
|  | beigefügt | liegt vor | fehlt |
| Information/Erklärung der Erziehungsberechtigten (FB3) | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Berichtsbogen für Schulanfänger/innen (FB4) | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Berichtsbogen für Schüler/innen (FB5) und aktueller Förderplan | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| aktuelles Zeugnis in Kopie (bei allen Schülern) | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Bei **FSP** **Emotionale und soziale Entwicklung** Anlage ESE (FB 12) | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Sonstiges (Kita-Bericht, ärztliche Stellungnahme etc.)       | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Optionale Anlagen** | Von**Schulleitung**auszufüllen | Vom**Schulamt**auszufüllen |
| **Berichte/Befunde** (falls Hinweise darauf vorliegen) - bitte **ausdrückliche Nachfrage bei den Eltern** | beigefügt | liegt vor | fehlt |
| Betreuungsurkunde | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Logopädie | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Ergotherapie | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| kinderpsychiatrische/kinderpsychologische Therapie | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| SPZ-Untersuchung | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Frühförderung ([ ]  Sehen [ ]  Hören) | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| LWL-Klinik-Bericht | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Autismus-Diagnose | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Pädaudiologischer Befundbericht | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Sonstiges (z. B. Seh- o. Hörbefund)       | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |       |
| Name Klassenlehrer/in in Druckbuchstaben |  | Name Schulleiter/in in Druckbuchstaben |

**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 |

**Berichtsbogen für die Schulanfängerin / den Schulanfänger**

**Einschulung am 01.08.2024**

(bitte am Computer ausfüllen)

**Schüler/in:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name, Vorname  | Geb.-Datum  | Geschlecht[ ]  m [ ]  w |
| Staatsangehörigkeit  | Erstsprache  |
| Migrationshintergrund:       | Zuzugsjahr      | Geburtsland      |
| Verkehrssprache in der Familie      | Geburtsland der Mutter      | Geburtsland des Vaters      |
| Dauer des Kindergartenbesuchs      | Name des Kindergartens      |

Verpflichtung zur Teilnahme am Sprachförderkurs [ ]  ja [ ]  nein

Teilnahme am Sprachförderkurs [ ]  ja [ ]  nein

**Eltern** im Sinne von § 123 Abs. 1 SchulG

Mutter:

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname  | Telefon tagsüber      |
| Anschrift (Straße, Haus-Nr. / Plz, Ort) ,  |

Vater:

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname  | Telefon tagsüber      |
| Anschrift (Straße, Haus-Nr. / Plz, Ort) ,  |

Sonstige/r:

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname und Stellung zum Kind      | Telefon tagsüber      |
| Anschrift (Straße, Haus-Nr. / Plz, Ort)            |

**Gespräche mit den Erziehungsberechtigten**

Als sprachliche/r Vermittler/in war/en zugegen:

Kurzdarstellung mit Datenangaben, Beratungsinhalten, Gesprächsergebnissen, Akzeptanz:

**Begründung für den vermuteten sonderpädagogischen Unterstützungsbedarf (Anlagen)**

Wahrnehmungsfähigkeit, Aufmerksamkeit, Konzentration, selbstständiges Denken, Anstrengungsbereitschaft, Frustrationstoleranz, Regelbewusstsein, Selbstständigkeit, soziale Fähigkeiten, Toleranz, sonstige (auch außerschulische) Gründe, die die Lern- und Leistungsfähigkeit beeinflussen

**Beschreibung auf Grund eigener Diagnostik**

Darstellung des Lern- und Arbeitsverhaltens, Sprachverhalten, deutsche Sprachkenntnisse, phonologisches Bewusstsein, pränumerische Kenntnisse, soziale Fähigkeiten, Regelbewusstsein, Selbstständigkeit

**Begründung, warum die schuleigenen Fördermöglichkeiten den Förderbedürfnissen der Schülerin / des Schülers voraussichtlich nicht gerecht werden:**

**Anlagen** (z. B. ärztliche Gutachten, Bericht des Kindergartens, vorhandene Testunterlagen)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |  |
| Datum |  | Unterschrift Schulleitung |