



Antrag für den Einsatz der Mobilen Sonderpädagogischen Hilfe für den Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung

Erstantrag
 Folgeantrag

für den Jungen/das Mädchen

Name	Vorname	Schuljahr
geb. am	Im Kiga/Krippe seit	

Kiga/Krippe mit Anschrift	Gruppenleitung	Einrichtungsleitung
Telefon / Fax	E-Mail	

Eltern / Erziehungsberechtigte	Anschrift mit Telefon und E-Mail Adresse
--------------------------------	--

Das Einverständnis der Erziehungsberechtigten:

liegt vor (vgl. Anlage)
 die Eltern wurden über die Anforderung der MSH informiert
 wurde verweigert

Informationen zum Schüler/zur Schülerin

1. Ärztliche Diagnose (ggf. mit Attest) Zeitpunkt der Diagnose, Testverfahren / -ergebnisse soweit schon vorhanden

2. Welche Einrichtungen wurden bisher besucht?

3. Lebensalltag (hier können Sie alles eintragen, was Ihnen zu dem Kind besonders in den Sinn kommt, bzw. was Sie für eine Beratung als nötig erachten.

a. Soziale Interaktion (Kontaktaufnahme zu Erwachsenen/Gleichaltrigen, Blickkontakt, Akzeptieren sozialer Regeln, Teilen von Interessen mit anderen, Verhalten einzeln/in Gruppen, ...)

b. Kommunikation (Erkennen der Bedeutung von Kommunikation, Laute, aktive Sprache, Gesten, Körperhaltung, Äußern von Wünschen, ...)

c. Besonderheiten in der Wahrnehmung/Motorik (akustisch, visuell, taktil, Körperbeherrschung, Handlungsplanung und -durchführung, bestimmte Interessen, Stereotypen, „tics“)

4. bisherige Fördermaßnahmen (Unterstützte Kommunikation durch Bilder, Gesten, Gebärden, Schulbegleitung, Nachmittagsbetreuung, Betreuung durch weitere Institutionen, Therapien)

5. Beratungsschwerpunkt aus Sicht der Gruppenleitung

6. Beratungsschwerpunkt aus Sicht der Eltern; Liebe Eltern, im Anschluss an den Beratungsbesuch im Kindergarten können wir gerne einen Gesprächstermin vereinbaren, an dem wir das weitere Vorgehen mit Ihnen besprechen. Dazu können Sie sich gerne an uns wenden.

Ort, Datum

Unterschrift
Gruppenleitung

Unterschrift
Einrichtungsleitung

Ort, Datum

Unterschrift
Erziehungsberechtigte

Bitte zurück an die

Papst Benedikt Schule
Krankenhausgasse 13
94315 Straubing

Tel 09421 8429 0
Fax 09421 84292 899
mail@papstbenediktschule.de