

Stellungnahme der _____

zur Anforderung der Unterstützung durch Mobile Sonderpädagogische Dienste (MSD)

für die Schülerin, den Schüler:

(Name, Vorname)	(Geburtsdatum)	(Geschlecht)
(Schule)		(Klasse)
(Klassenleitung, Dienstbez.)		

Schullaufbahn:

Schuleintritt im Schuljahr _____ Zurückstellung <input type="checkbox"/> ja, im Schuljahr _____ , <input type="checkbox"/> nein									
Jg.stufe	1. Jgst.	2. Jgst.	3. Jgst.	4. Jgst.	5. Jgst.	6. Jgst.	7. Jgst.	8. Jgst.	9. Jgst.

Anlass für die Unterstützung durch den Mobilen Sonderpädagogischen Dienst:

Anlass:
Von der <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> und <input type="checkbox"/> Eltern gewünscht:
<input type="checkbox"/> Überprüfung eines vermuteten bzw. vorliegenden sonderpädagogischen Förderbedarfs
<input type="checkbox"/> Beratung und Information durch MSD zu
<input type="checkbox"/> Unterstützungsmöglichkeiten und Förderplanung
<input type="checkbox"/> möglichen schulischen Lernorten
<input type="checkbox"/> Förderung an der besuchten Schule
<input type="checkbox"/> Sonstiges:

Beobachtungen (Unterricht / Schulleistungen) der verantwortlichen Lehrkraft:

Lernverhalten: (Auffassen, Betrachten, produktives u. reproduktives Denken, Transfer, ...)
Arbeitsverhalten: (Konzentration, Arbeitstempo, Sorgfalt, Ausdauer, Selbstständigkeit, Kreativität, ...)
Sozialverhalten: (Kontaktverhalten, Kooperationsfähigkeit, Beziehungen, Konfliktverhalten, Aggressivität, Rückzug, ...)

Kognition: (Auffassung, Verständnis, Gedächtnis u. Merkfähigkeit, Schlussfolgerungen, Wahrnehmung, ...)
Motorik: (Grobmotorik, Fortbewegung, Feinmotorik, Bewegungsdrang, Unruhe, Passivität, ...)
Sprache: (Sprachentwicklung, Sprachfehler, Sprachhemmung, Wortschatz, Satzbau, ...)

Schulleistungen: (Deutsch, Mathematik, Schreiben, Rechtschreibung, Lesen, Sonstiges, ...)
Sonstiges: (Kontakte mit Gleichaltrigen, Freundschaften, Gruppen, Vereine, Sportgruppen, ...)

Bisherige Maßnahmen:

Schulische Unterstützung: (Pädagogische Differenzierung, Sozialarbeit in der Schule, Beratungslehrer, Schulpsychologen, Mobiler, Sonderpädagogischer Dienst, ...)
Außerschulische Unterstützung: (Beratungsstellen, Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, Jugendamt, Familienhilfe)

.....
Ort, Datum

.....
Klassenleitung:

.....
Schulleitung: