

anfordernde Schule (Stempel)

## Überregionales Beratungs- und Förderzentrum

für den

### Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung

angegliedert der

Hans-Thoma-Schule



Hans-Thoma-Schule, Mainstr. 27 - 29, 61440 Oberursel

Tel. 06171-911801, Fax 06171-9179030  
Hans-Thoma-Schule@hts.hochtaunuskreis.net  
www.thoma-schule-oberursel.de

## Unterstützungsanfrage

Förderschwerpunkt:  Körperliche und motorische Entwicklung

Name des Kindes:			
Geburtstag:		Geburtsort:	
Nationalität:		Geschlecht:	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>
Name der Erziehungsberechtigten:			
Anschrift der Erziehungsberechtigten:		Telefon:	
		E-Mail:	

### Weitere Informationen

Derzeit besuchte Einrichtung:			
Gruppe:		Ansprechpartner:	
Zuständige Grundschule:			
Erste Einschulung im Jahr:		Zurückgestellt:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Vorliegende Diagnosen:  <b>Bitte aktuelle Arzt- oder SPZ-Berichte beifügen.</b>			
Einschulungswunsch:	<input type="checkbox"/> Grundschule	<input type="checkbox"/> Förderschule	<input type="checkbox"/> noch offen
Unterstützungsanfrage gestellt von:		Kontakt (Tel./E-Mail):	

Das Kind geht regelmäßig	Zeitraum (von – bis)	Bericht beigefügt
<input type="checkbox"/> zur Physiotherapie	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> zur Logopädie	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> zur Ergotherapie	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> zur Frühförderung	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Sonstiges _____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Bitte lassen Sie uns die Ihnen vorliegenden Berichte/Förderpläne vollständig zukommen.**

Kurze Beschreibung des bestehenden Problems:

(z.B. Motorische Beeinträchtigungen, Auffälligkeiten in der Gruppe)

Beschreibung der sich daraus ergebenden Auffälligkeiten beim **Lernen/Spielen** (z.B. Motorik, visuelle/auditive Wahrnehmung, verlangsamtes Lerntempo, eingeschränktes Aufgabenverständnis, Probleme in der Merkfähigkeit usw.):

Sozialverhalten (gegenüber anderen Kindern/Erwachsenen) / Einschätzung der psychischen Befindlichkeit

Die Erziehungsberechtigten wurden über die Unterstützungsanfrage informiert und sind mit der Beratung und Unterstützung durch das überregionale Beratungs- und Förderzentrum einverstanden.

**(Anlagen Einverständniserklärung, Schweigepflichtentbindung immer beifügen!)**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Antragsteller**

# **Überregionales Beratungs- und Förderzentrum**

für den

## **Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung**

angegliedert der

**Hans-Thoma-Schule**



Hans-Thoma-Schule, Mainstr. 27-29, 61440 Oberursel

Tel. 06171-911801, Fax 06171-9179030  
Hans-Thoma-Schule@hts.hochtaunuskreis.net  
[www.thoma-schule-oberursel.de](http://www.thoma-schule-oberursel.de)

## **Einverständniserklärung**

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name der Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon/E-Mail: \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass eine Beratung und ggf. Förderung meines Kindes durch das Überregionale Förder- und Beratungszentrum für den Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung erfolgt.

Die Unterstützung beinhaltet die Beratung der Lehrkräfte und der Erziehungsberechtigten und ggf. die Förderung meines Kindes nach einer förderdiagnostischen Phase.

Beratungsanlass und Beratungsergebnisse sowie Maßnahmen der Förderung werden mit mir besprochen und im Überregionalen Beratungs- und Förderzentrum dokumentiert.

Die Unterstützung durch das Überregionale Beratungs- und Förderzentrum findet auf der Grundlage der Richtlinien über die Arbeit der sonderpädagogischen Beratungs- und Förderzentren vom 29.11.2006 statt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift der Eltern\* / der Erziehungsberechtigten**

\* Bei gemeinsamen Sorgerecht bitte die Namen beider Eltern angeben.

# Überregionales Beratungs- und Förderzentrum

für den  
**Förderschwerpunkt  
körperliche und motorische Entwicklung**

angegliedert der  
**Hans-Thoma-Schule**



Hans-Thoma-Schule, Mainstr. 27-29, 61440 Oberursel

Tel. 06171-911801, Fax 06171-9179030  
Hans-Thoma-Schule@hts.hochtaunuskreis.net  
[www.thoma-schule-oberursel.de](http://www.thoma-schule-oberursel.de)

Name und Anschrift der Eltern\* / der Erziehungsberechtigten

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

## Entbindung von der Schweigepflicht und Einverständniserklärung bezüglich

\_\_\_\_\_  
Name der Schülerin / des Schülers / des Kindes

**Hiermit entbinde ich / entbinden wir\*\* wechselseitig** alle Mitarbeiter der Kindertagesstätte, der Regelschule und des regionalen Beratungs- und Förderzentrums, die mit dem Schüler/der Schülerin im Rahmen der unterrichtlichen Verpflichtung zu tun haben und weiterhin

**Name:** \_\_\_\_\_ **Profession:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

**Telefon/ E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Name:** \_\_\_\_\_ **Profession:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

**Telefon/ E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Name:** \_\_\_\_\_ **Profession:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

**Telefon/ E-Mail:** \_\_\_\_\_

von der Verschwiegenheitspflicht gegenüber den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des überregionalen Beratungs- und Förderzentrums.

Außerdem erkläre ich mich / erklären wir uns\*\* damit einverstanden, dass entsprechende Gutachten, Testergebnisse, Stellungnahmen und ähnliche Unterlagen zur Sachklärung und zur Verwertung im Rahmen einer optimalen Beratung und Förderung herangezogen werden können. Der Austausch darüber darf auch auf digitalem Wege erfolgen\*\*.

Folgenden Hinweis habe ich / haben wir \*\* zur Kenntnis genommen. Diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden. Alle oben genannten Personen bzw. Einrichtungen erhalten ggf. eine Kopie dieses Schreibens und werden somit **wechselseitig** informiert und von der Schweigepflicht entbunden. Wenn Sie dies nicht wünschen, füllen Sie bitte für jede einzelne Person bzw. Einrichtung eine eigene Schweigepflichtentbindung aus.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift der Eltern\* / der Erziehungsberechtigten**

\* Bei gemeinsamen Sorgerecht bitte die Namen beider Eltern angeben. \*\* Nicht Zutreffendes bitte streichen