

STAATLICHES SCHULAMT TÜBINGEN

**Antrag der Erziehungsberechtigten**

**zur Aufnahme ihres Kindes in einen Schulkindergarten**

**Bitte bis spätestens zum 31.03. eines jeden Jahres am Staatliches Schulamt Tübingen stellen**

|  |
| --- |
| **1. Angaben zur Person des Kindes**  |
| Name, Vorname(n)      | [ ]  Mädchen[ ]  Junge[ ]  divers | geb. am      |
| Nationalität      | Geburtsort      |
| Erziehungsberechtigt sind/ist:[ ]  beide Elternteile [ ]  Mutter [ ]  Vater [ ]        |
| **Aktuelle Adresse/n des/der Erziehungsberechtigten** |
| Name, Vorname | Straße/Nr. | Postleitzahl/Ort  | Tel.  | E-Mail  |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|  |
| **2. Vorschulische Einrichtungen** |
| Name und Anschrift der aktuell besuchten vorschulischen Einrichtung      |
| bisher besuchte vorschulische Einrichtung(en): |
| Zeitraum | Einrichtung | ggf. Ansprechperson |
|       |       |       |
|       |       |       |
|  |  |  |

|  |
| --- |
|  |
| **3. Aus welchen Gründen soll bei Ihrem Kind geprüft werden, ob es in einen Schulkindergarten aufgenommen werden kann?** |
| ***Bitte begründen Sie Ihren Aufnahmewunsch*** *(beispielsweise durch Diagnosen, vorhandene Sinnesschädigungen, bisheriger Entwicklungsverlauf, aktuelle Situation in der Tageseinrichtung)*      |
|  |
| **4. Bisherige eingeschaltete Fachdienste**z. B.Frühförderung, Inklusionsassistenz, Therapeuten, Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ), Kinderklinik, Gesundheitsamt, Jugendhilfe, Erziehungsberatungsstelle …***Liegt Ihnen ein Bericht vor, fügen Sie ihn bitte dem Antrag bei.***  |
| Fachdienst | Ansprechperson | Tätig von …. bis? | Ggf. Bericht mit Datum |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |         |       |       |
|  |
| **5. Durch wen wurden Sie hinsichtlich des Schulkindergartens beraten?**  |
| [ ]  Schulkindergarten [ ]  Sonderpädagogische Frühförderung [ ]  Interdisziplinäre Frühförderstelle[ ]  Heilpädagogischer Fachdienst [ ]  Logopädie / [ ]  Kinderarzt / [ ]  SPZ / [ ]         |
|  |
| **6. Wird die Möglichkeit des Besuchs des Schulkindergartens festgestellt, wünschen Sie für o.g. Kind die Aufnahme in folgenden Schulkindergarten** |
| Schulkindergarten: Name und Ort      Welchen Förderschwerpunkt sehen Sie beim Ihrem Kind?[ ]  Geistige Entwicklung [ ]  Körperliche Entwicklung [ ]  Sprache [ ]  Lernen[ ]  Emotionale und soziale Entwicklung [ ]  unklar |
|  |
| **7. Ich bin/ Wir sind einverstanden, dass bei Bedarf der zuständige Träger der Eingliederungshilfe über den Antrag informiert wird** |
| [ ]  Ich bin / wir sind damit einverstanden.  |
|  |
| **8. Unterschrift der Erziehungsberechtigten**  |
|  |
|       |  |  |
| Ort, Datum  |  | Unterschrift aller Erziehungsberechtigten |

|  |  |
| --- | --- |
| BW55_KL_sw_weiss | Staatliches Schulamt Tübingen |

**Formular 3 Sonderpädagogik**

|  |
| --- |
| Entbindung von der Schweigepflicht |

|  |
| --- |
| Name des Kindes:       geb.:       |
| Name d. Erziehungsberechtigten:       |

[ ]  Antrag zur Aufnahme in einen Schulkindergarten

[ ]  Sonstiges

Ich bin/ Wir sind damit einverstanden, dass **das Staatliche Schulamt Tübingen** bzw. **die beauftragten Lehrkräfte** Daten, Berichte und Unterlagen über mein/ unser Kind zur Verfügung gestellt bekommen bzw. besprechen und austauschen dürfen. Alle Informationen werden vertraulich behandelt.

Die Schweigepflichtentbindung bezieht sich auf folgende Ansprechpartner und Unterlagen

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Institution** |  |  | **Name der Institution****ggf. (gewünschte) Ansprechpartner**  |
| Klinik | Ja [ ]  | Nein [ ]  |       |
| Arzt (Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht) | Ja [ ]  | Nein [ ]  |       |
| Therapeuten | Ja [ ]  | Nein [ ]  |       |
| Frühförderung | Ja [ ]  | Nein [ ]  |       |
| Sonderpädagogischer Dienst | Ja [ ]  | Nein [ ]  |       |
| Kindertageseinrichtung | Ja [ ]  | Nein [ ]  |       |
| Schulen | Ja [ ]  | Nein [ ]  |       |
| Jugendamt | Ja [ ]  | Nein [ ]  |       |
| Eingliederungshilfe  | Ja [ ]  | Nein [ ]  |       |
| Gesundheitsamt (Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht) | Ja [ ]  | Nein [ ]  |       |
| Beratungsstelle | Ja [ ]  | Nein [ ]  |       |
|       | Ja [ ]  | Nein [ ]  |       |
|       | Ja [ ]  | Nein [ ]  |       |

Die Schweigepflichtentbindung endet zum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Davor kann dieses Einverständnis jederzeit ohne Angaben von Gründen, in Teilen oder komplett, formlos widerrufen werden.

Ort, Datum Unterschrift d. Erziehungsberechtigten