

**Pestalozzischule** **Göppingen**

***Sonderpädagogischer Dienst***

Eberhardstraße 33

73033 Göppingen

**Sonderpädagogischer Dienst • Julia Ackermann • kooperation@pes-gp.de • 07161-65058013**

**Sonderpädagogischer Dienst**

Bericht der Kindertagesstätte

**Informationen zum Kind**

**Vor- und Nachname des Kindes:**

**Geschlecht:** [ ] männlich [ ] weiblich [ ] divers

**Geburtsdatum, Geburtsort:**

**Adresse:**

**Telefonnummer:**

**Staatsangehörigkeit:**

**Konfession:**

**Erziehungsberechtigte/r:**

**Erziehungsberechtigte/r:**

**Informationen zur Einrichtung**

**Einrichtung:**

**Einrichtungsleitung:**

**Adresse:**

**PLZ und Ort:**

**Telefon:**

**E-Mail:**

**Informationen zur Gruppe**

**Gruppe:**

**Betreuungskraft:**

**Kontaktdaten der Betreuungskraft:**

**Kooperationslehrkraft und Schule:**

***Anlass der Meldung/Bemerkungen:***



# Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein/unser Kind      ,

von einer Sonderschullehrkraft der Pestalozzischule Göppingen im Rahmen des Sonderpädagogischen Dienstes betreut wird.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ort, Datum) (Unterschrift)**\***

**Schweigepflichtentbindung**

Ich bin damit einverstanden, dass die Sonderschullehrkraft Informationen bei folgenden Stellen einholen darf (Zutreffendes bitte ankreuzen):

**[ ]  Hausarzt** (Name, Adresse, Telefon, Ansprechpartner:in): **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**[ ]  SPZ, Christophsbad** (Name, Adresse, Telefon, Ansprechpartner:in): **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**[ ]  Therapeuten** (Name, Adresse, Telefon, Ansprechpartner:in): **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**[ ]  Jugendamt** (Name, Adresse, Telefon, Ansprechpartner:in): **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**[ ]  Kindergarten und bislang besuchte Schulen** (Adresse, Telefon, Ansprechpartner:in):

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****[ ]  Sonstige:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Ich entbinde die genannten Personen gegenseitig von der Schweigepflicht.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ort, Datum) (Unterschrift)**\***

**Pädagogischer Bericht zu       ,** geb. am

**Kindergarten-Besuch (von/bis):**

**Besuch Grundschulförderklasse:**

**Besuch Schulkindergarten (von/bis, Institution):**

**Frühförderung durch:**

**Sonstige Maßnahmen**:

|  |
| --- |
| **Schullaufbahn** |
| Zurückstellung? ja [ ]  nein [ ]  | Beginn der Schulpflicht:        |
| **Schulbesuchsjahr(e)** | **Schule** | **Klasse** |
| Schulbesuchsjahr(e)       bis       |       |       |
| Schulbesuchsjahr(e)       bis       |       |       |
| Schulbesuchsjahr(e)       bis       |       |       |
| Schulbesuchsjahr(e)       bis       |       |       |
| Schulbesuchsjahr(e)       bis       |       |       |
| Schulbesuchsjahr(e)       bis       |       |       |
| Schulbesuchsjahr(e)       bis       |       |       |
| Schulbesuchsjahr(e)       bis       |       |       |

|  |
| --- |
| **Bisher durchgeführte besondere Fördermaßnahmen durch die** **Schule / Kindertageseinrichtung** |

|  |
| --- |
| [ ]  Förderung an der derzeitigen Bildungseinrichtung (Dokumentation siehe unten 6.) |
| [ ]  Zusammenarbeit mit den Erziehungsberechtigten (Dokumentation siehe unten 8.) |
| **Beratung** durch: |
| [ ]  Beratungslehrer/in / Kooperati- onslehrer/in | Name/Zeitpunkt:       |
| [ ]  Sonderpädagogischer Dienst / Frühförderung  | Name/Zeitpunkt:       |
| [ ]  Weitere  | Name/Zeitpunkt:       |

|  |
| --- |
| **Sonstige Fördermaßnahmen**  |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Lese-Rechtschreibschwäche  | Institution/Ansprechpartner/Zeitraum:       |
| [ ]  Dyskalkulie  | Institution/Ansprechpartner/Zeitraum:       |
| [ ]  Hausaufgabenhilfe | Institution/Ansprechpartner/Zeitraum:       |
| [ ]  Sonstiges: | Institution/Ansprechpartner/Zeitraum:       |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  ggf. andere Hilfen  (Jugendhilfe etc.) | Institution/Ansprechpartner/Zeitraum:       |

|  |
| --- |
| **1. Bisherige Entwicklung und aktuelle Situation** (Bisherige Entwicklung, Rahmenbedingungen, familiärer Hintergrund, vorliegende Diagnosen, besondere Begabungen, Interessen …) |

|  |
| --- |
| **2. Weitere Beobachtungen zu den Entwicklungsbereichen** (bezüglichHören/Sehen, Sprache und Sprechen, Motorik, Wahrnehmung, Merkfähigkeit, Strategiebildung, sonstige Entwicklungsbereiche …) |

|  |
| --- |
| **3. Aktueller Lernstand**(Schulleistungen in zentralen Bereichen [Deutsch, Mathematik, weitere Bildungsbereiche],bei Einschulungsdiagnostik Vorläuferfertigkeiten, Stärken und Schwächen …) |

|  |
| --- |
| **4. Lern- und Arbeitsverhalten**(Motivation, mündliche Mitarbeit, Ordnung, Konzentration, Selbstständigkeit, Handlungsplanung, Umsetzen von Arbeitsanweisungen …) |

|  |
| --- |
| **5. Sozialverhalten**(Kontaktfähigkeit, Kooperationsfähigkeit, Frustrationstoleranz, Konfliktverhalten, Impulsivität, Regelverhalten …) |

|  |
| --- |
| **6. Fördermaßnahmen an der derzeitigen Bildungseinrichtung**(mit Ergebnis/Erfolg …) |

|  |
| --- |
| **7. Ergebnisse und Empfehlungen des Sonderpädagogischen Dienstes**(mit Angaben zum Erfolg der Maßnahmen, ggf. zur Elternberatung …) |

|  |
| --- |
|       |

|  |
| --- |
| **8. Inanspruchnahme interner und externer Hilfsinstanzen** (mit Ergebnis/Erfolg: Fachberater/in, Beratungslehrkraft, Beratungsstellen, Frühförderstellen, Jugendhilfemaßnahmen …) |

|  |
| --- |
| **9. Zusammenarbeit mit den Erziehungsberechtigten**(Dokumentation der Elterngespräche: Datum bzw. Zeitraum mit Inhalten/Ergebnissen/Vereinbarungen in Stichworten) |

|  |
| --- |
| **Vermuteter sonderpädagogischer Bildungsanspruch mit Begründung:**      |

Vorname und Name Verfasser\*in des Pädagogischen Berichtes:

Schule Verfasser\*in:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort u. Datum Unterschrift Verfasserin

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort u. Datum Unterschrift Schulleitung