

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