

**- Anlage II -****Elternfragebogen Schulassistenz**

für Leistungen der Eingliederungshilfe nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) an Kinder und Jugendliche

- Dieser Vordruck ist von den Eltern auszufüllen -

Eingangsstempel

Elternfragebogen zum Antrag vom:

**1. Angaben zu Ihrem Kind**

Persönliche Informationen	Antragsteller/in (Kind)
Familienname	
Vorname(n)	
Geburtsdatum	

Um einen möglichst umfangreichen Eindruck Ihres Kindes zu erhalten, sind Ihre Informationen sehr hilfreich. Bitte beantworten Sie die Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen nicht alle Informationen vorliegen. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen danach aus, wie Sie das Verhalten Ihres Kindes einschätzen, auch wenn andere Personen vielleicht nicht damit übereinstimmen. Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

**2. Eltern mit ausländischer Herkunft**

Herkunftsland der Mutter:		Herkunftsland des Vaters:	
Seit wann lebt die Mutter in Deutschland:		Seit wann lebt der Vater in Deutschland:	
Wird in der Familie Deutsch gesprochen?	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> eher weniger <input type="checkbox"/> kaum <input type="checkbox"/> überwiegend		

**3. Kindergarten/Kindertagesstätte**

<input type="checkbox"/> kein Kindergarten/Kindertagesstätte, sondern: _____ <input type="checkbox"/> Regelkindergarten <input type="checkbox"/> Integrative-Gruppe <input type="checkbox"/> Sprachheilkindergarten <input type="checkbox"/> Heilpädagogischer Kindergarten
--

Besonderheiten während des Besuches des Kindergartens / der Kindertagesstätte

--

**4. Schulbesuch**

Angaben zum bisherigen bzw. vorgesehenen Schulbesuch Ihres Kindes

Einschulung/Beginn der Schulzeit:	<input type="checkbox"/> altersgemäße Einschulung <input type="checkbox"/> Rückstellung/Vorschulkindergarten	
Schulform	<input type="checkbox"/> Regelbeschulung <input type="checkbox"/> Sprachheilklasse <input type="checkbox"/> Inklusive Beschulung <input type="checkbox"/> Förderschule: _____	
Bisherige Klassenwiederholungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche Klasse
Ganztagsschule	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja: Von – Bis

**Geht Ihr Kind gerne in die Schule?**

im Allgemeinen ja     häufig nicht gerne, weil:

--

**Geht Ihr Kind regelmäßig in die Schule?**
 ja       fehlt oft, weil:

--

**Hat Ihr Kind Freundinnen/Freunde in seiner/ihrer Klasse?**
 ja       nein, weil:

--

**Welche Sorgen macht sich Ihr Kind bezüglich der Schule?**
 keine       folgende:

--

**Welche Sorgen machen Sie sich über die Schulische Entwicklung Ihres Kindes?**
 keine       folgende:

--

**Führen schulische Schwierigkeiten Ihres Kindes zu familiären Konflikten?**
 nein       ja (bitte beschreiben):

--

**Sonstige Angaben zum Schulbesuch Ihres Kindes**

Erhält Ihr Kind einen Nachteilsausgleich in der Schule?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Förderunterricht in der Schule	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Wie häufig ist Ihr Kind im Jahr krank?			

**5. Entwicklung Ihres Kindes****Derzeitige Krankheitssymptome bzw. Auffälligkeiten bei Ihrem Kind**

Schmerzen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, ggf. beschreiben:
Übelkeit, Erbrechen, Durchfall	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, ggf. beschreiben:
Motorische Unruhe	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, ggf. beschreiben:
Antriebsarmut	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, ggf. beschreiben:
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, ggf. beschreiben:
Gestörtes Essverhalten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, ggf. beschreiben:
Einnässen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, ggf. beschreiben:
Einkoten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, ggf. beschreiben:
Tics	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, ggf. beschreiben:

Sonstige Krankheitssymptome / Auffälligkeiten bei Ihrem Kind:

--

## 6. Verhalten Ihres Kindes

Ihr Kind verbringt seine Freizeit außerhalb des Elternhauses	<input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> meistens
Ihr Kind ist lieber	<input type="checkbox"/> für sich alleine <input type="checkbox"/> zusammen mit jüngeren Kindern <input type="checkbox"/> zusammen mit gleichaltrigen Kindern <input type="checkbox"/> zusammen mit älteren Kindern
Welche Stimmungslage/n treffen auf Ihr Kind zu?	<input type="checkbox"/> ausgeglichen <input type="checkbox"/> unbeherrscht / nervös <input type="checkbox"/> freundlich <input type="checkbox"/> launisch / wechselhafte Stimmung <input type="checkbox"/> aktiv <input type="checkbox"/> antriebsarm <input type="checkbox"/> anpassungsfähig <input type="checkbox"/> leicht reizbar <input type="checkbox"/> kontaktfreudig <input type="checkbox"/> verschlossen / scheu <input type="checkbox"/> lebensfroh <input type="checkbox"/> unsicher / ängstlich <input type="checkbox"/> selbstsicher <input type="checkbox"/> schüchtern <input type="checkbox"/> zufrieden <input type="checkbox"/> traurig / bedrückt Sonstige: _____

## 7. Abschließende Angaben

Erhalten Sie bereits Hilfen durch andere Institutionen/Sozialleistungsträger?

Fachdienst Jugend	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, seit wann?
Elternberatungsstelle	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, seit wann?
Autismustherapie-Zentrum	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, seit wann?
Sonstige:	Seit wann?	
Sonstige:	Seit wann?	

Welche Aufgaben soll Ihrer Meinung nach die Schulassistenz übernehmen?

--

Anmerkungen?

--

Von wem wurde der Fragebogen ausgefüllt?

Mutter
  Vater
  sonstige: \_\_\_\_\_

Datum:	Unterschriften <b>beider</b> Sorgeberechtigten
	_____

**- Anlage III -****Schulbericht**

zum Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach  
Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) an  
Kinder und Jugendliche

- Dieser Vordruck ist direkt von der Schule (Klassenlehrer/Klassenlehrerin -  
bzw. Schulleiter/in) auszufüllen und zu unterschreiben

Eingangsstempel

Name der Schule:

**1. Angaben zum/zur Schüler/in**

Persönliche Informationen	Schüler/in
Familienname	
Vorname(n)	
Geburtsdatum	

**2. Angaben zur Schule/Klasse der Schülerin/des Schülers**

Schulart		Ganztagsbeschulung / Wochentage	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
		<input type="checkbox"/> Mo	<input type="checkbox"/> Di	<input type="checkbox"/> Mi
Klassenstufe		Klassengröße / Anzahl Schüler/innen		
Anzahl der Schüler/innen in der Klasse, die bereits eine Schulassistenz haben				

Schulassistenzen übernehmen keine Aufgaben, die dem Kernbereich der Schule zuzuordnen sind, sondern lediglich flankierende, den Unterricht sicherstellende Hilfestellungen und Tätigkeiten für die/den betreffende/n Schüler/in. Schulassistenzen sind keine Bildungsvermittler. Sie dürfen nicht als verlängerter Arm der Lehrerin/des Lehrers oder als zusätzliche pädagogische Kraft missverstanden werden. Es gehört nicht zu ihren Aufgaben, Unterricht, Vertretungsunterricht, Klassenaufsicht oder Nachhilfe zu erteilen. Sonderpädagogische Unterstützung behinderter Schülerinnen/Schüler ist ebenfalls nicht Aufgabe einer Schulassistenz.

**Angaben zur/zum Klassenlehrer/in**

Klassenlehrer/in	
Zu welcher Zeit sind Rücksprachen möglich?	

**3. Auswirkungen auf den Unterricht****3.1 Klassensituation**

--

**3.2 Körperliche Einschränkungen; motorische, Seh-, Hör-, und sprachliche Auffälligkeiten; Versorgung mit Hilfsmitteln**

--

**3.3 Geistige Einschränkungen**

--

**3.4 Problemlage (Sozialverhalten der Schülerin/des Schülers)**

--

**3.5 Problemlage (Lern- und Arbeitsverhalten der Schülerin/des Schülers)**

--

**3.6 Ressourcen / positive Ansätze**

--

**3.7 Ist die Schülerin/der Schüler in die Klassengemeinschaft integriert?**

--

**3.8 Welche schulischen Maßnahmen zur Unterstützung bestehen bereits?**  
(z.B. Nachteilsausgleich, Förderunterricht ...)

--

Ort, Datum:	Unterschrift Klassenlehrerin / Klassenlehrer	Unterschrift Schulleiterin / Schulleiter
	_____	_____