

# Informationsbogen



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

Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Staatsang.: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Tel. mobil/tagsüber: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

e-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf Mutter: \_\_\_\_\_ Beruf Vater: \_\_\_\_\_

Geschwister: \_\_\_\_\_

abgebende Schule: \_\_\_\_\_

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

Tel: \_\_\_\_\_ Klassenlehrer/in: \_\_\_\_\_

Schultyp: GS GL HS RS GY GES KME ES 2. Fremdspr. / Diff. ab 7. Klasse \_\_\_\_\_

Derzeitige Klasse \_\_\_\_\_ Beginn der Schulpflicht: \_\_\_\_\_

Wiederholung in Klasse/n: \_\_\_\_\_

Diagnose/ Behinderung: \_\_\_\_\_

Läufer  Rollator  Rollstuhl (klappbar / starr / Kraftknoten)  E-Rolli

Betreuungsbedarf in der Schule: Schreibhilfe  Computer  Ein- und Auspacken

Schulbegleitung in jetziger Schule: ja  nein

Schulbegleitung in AFS erwünscht: \_\_\_\_\_

Pflegebedarf in der Schule: Essenshilfe  Toilettenhilfe

Sonstige Hilfen: \_\_\_\_\_

Internat: ja  vielleicht  nein

Therapien: Physio  Ergo  Logo  Wie oft? \_\_\_\_\_ pro Woche

In der Schule erwünscht? \_\_\_\_\_ Wie oft? \_\_\_\_\_

Medikamente (auch Marcumarpass, Herzpass etc.): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wichtige Infos über ihre Tochter / ihren Sohn (Besonderheiten, Schulwechsel, lange Fehlzeiten, Mobbing, etc.) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wurde sonderpäd. Unterstützungsbedarf nach AO-SF bereits festgestellt?      nein  ja

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ Welcher sopäd. U.-Bedarf? \_\_\_\_\_

Gab es stationäre / teilstationäre Behandlungen?      nein  ja

Wo? \_\_\_\_\_

Grund des Aufenthaltes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnose/n: \_\_\_\_\_

**Geben Sie alle Unterlagen Ihres Kindes in Kopie ab (bitte ankreuzen):**

- die Ganzjahreszeugnisse der letzten 4 Jahre und Schulformempfehlung in Klasse 4
- alle medizinischen Berichte \*
- Nachweis über angemessenen Impfstatus (Masern)
- alle Berichte von behandelnden Therapeuten (Physio-, Ergotherapie, Logopädie)
- alle psychologisch-psychotherapeutischen Berichte
- Gutachten zur Ermittlung des sonderpädagogischen Unterstützungsbedarfs (AO-SF) und Bescheid des Schulamtes/ der Bezirksregierung über die Feststellung
- Leistungsdiagnostik vom \_\_\_\_\_
- Passfoto

**\* Evtl. Kurzberichte/ vorläufige Arztbriefe sind durch Endberichte zu ergänzen.**

---

Ich, \_\_\_\_\_ (Name der Erziehungsberechtigten) versichere, alle Angaben nach besten Wissen und Gewissen gemacht zu haben und **alle** Unterlagen eingereicht zu haben.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift (Name der Erziehungsberechtigten)