

Integrationshilfe – Schulbegleitung

zurück an
Landratsamt Ravensburg
Sozial- und Inklusionsamt
Gartenstraße 107
88214 Ravensburg

Absender:

Name und Anschrift (ggf. Stempel) der Schule:

- Name und Kontaktdaten des Klassenlehrers:

Name, Vorname:	
Telefon (Durchwahl):	
Mail:	

1. Allgemeine Angaben zum Leistungsberechtigten:

- Angaben zum leistungsberechtigten Kind / des Jugendlichen (Schüler):

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	
Behinderung/Erkrankung	

- Angaben zu den Eltern/Sorgeberechtigten

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Anschrift: (falls abweichend)	
Kontakt Daten (z.B. Tel, Mail)	
Wer ist sorgeberechtigt?	

- Angaben zu den Rahmenbedingungen:

Aktuell besucht der Schüler die Klasse: _____

Anzahl der Schüler in der Klasse /Klassengröße: _____

Anzahl der Schüler mit einem behinderungsbedingten Mehrbedarf in der Klasse: _____

Seit wann ist der Schüler in der jetzigen Klasse? _____

Gab es bei dem Schüler im Vorfeld bereits einen Schulwechsel?

ja, folgende (Schule, Zeitpunkt, Grund): nein

--

Fachliche Stellungnahme der Schule

2. Behinderungsbedingte Bedarfe des/der Schülers/in

- begleitender Bedarf:

Bedarf	Beschreibung	Wöch. Umfang in Stunden (=60 min)
<input type="checkbox"/>	Begleitung und Orientierung auf dem Schulweg (Ausgleich behinderungsbedingter Einschränkungen)	
<input type="checkbox"/>	Beaufsichtigung/ Begleitung während der Unterrichtszeit (Ausgleich behinderungsbedingter Einschränkungen) Schulfach:	
<input type="checkbox"/>	Unterstützung bei der Verwendung von Arbeitsmaterialien: (Ausgleich behinderungsbedingter Einschränkungen) Schulfach:	
<input type="checkbox"/>	Unterstützung bei der Kommunikation mit dem Lehrer (Ausgleich behinderungsbedingter Einschränkungen)	
<input type="checkbox"/>	Umkleidehilfen (Ausgleich behinderungsbedingter Einschränkungen)	
<input type="checkbox"/>	Hilfestellung bei Toilettengängen (Ausgleich behinderungsbedingter Einschränkungen)	
<input type="checkbox"/>	Hilfestellung bei der Einnahme von Mahlzeiten (Ausgleich behinderungsbedingter Einschränkungen)	
<input type="checkbox"/>	Unterstützung bei Übergängen (auf dem Schulgelände, z.B. Pause, Raumwechsel) (Ausgleich behinderungsbedingter Einschränkungen)	
<input type="checkbox"/>	Begleitung bei Lerngängen u. außerunterrichtlichen Veranstaltungen außerhalb des Schulgeländes (Ausgleich behinderungsbedingter Einschränkungen)	
<input type="checkbox"/>	Folgende Pflegerische Leistungen: (Ausgleich behinderungsbedingter Einschränkungen)	
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:	

- sonstiger Bedarf (z.B. pädagogisch-nach dem Bildungsplan der Schule-) :

Bedarf	Beschreibung	Wöch. Umfang in Stunden (=60 min)

3. Bisherige Maßnahmen der Schule:

- Wurden von dem Schüler Klassen wiederholt? ja, folgende: nein

➤

- Gab es bei dem Schüler außergewöhnliche Fehlzeiten? ja, folgende: nein

- Ist aus Sicht der Schule die gegenwärtige Schulform dem Leistungsvermögen des Schülers angepasst? ja nein, die Schule hält folgende Form der Beschulung für geeignet:

- Umfang der Beschulung:

- Der Schüler nimmt an allen Unterrichtsstunden teil.
 Der Schüler nimmt an einer reduzierten Anzahl von Unterrichtsstunden teil:

Fachliche Stellungnahme der Schule

- Wurden schuldiagnostische Untersuchungen (z. B. durch Beratungslehrer / -innen, Schulpsychologen / Schulpsychologinnen, Sonderschullehrer / -innen) bereits durchgeführt?

ja, mit folgendem Ergebnis nein geplant

--

- Sonderpädagogische Unterstützung: Werden Kooperationsstunden bereitgestellt?

ja, Anzahl: _____ nein geplant

- Wird ein Nachteilsausgleich gewährt?

ja, im Fach: _____ nein geplant

- Bei Fällen mit Autismus: Werden Maßnahmen entsprechend der Handreichung Autismus umgesetzt? ja, folgende nein geplant

--

- Werden Alternativkonzepte für die Beschulung angewandt?

Kleinere Klasse: ja nein geplant

Andere Klasse: ja nein geplant

Patenschüler: ja nein geplant

Sonstiges: ja nein geplant

4. Angaben zur Organisation (im Rahmen der (Sonder-)Schule):

- Anzahl der Personen im FSJ/BFD (FSJ=Freiwilliges Soziales Jahr, BFD=Bundesfreiwilligendienst): _____

- Anzahl der eingesetzten Integrationshilfen/Schulbegleiter insgesamt: _____

5. Einschätzung zur benötigten Qualifikation der Integrationshelferin/des Integrationshelfers

Hilfskraft (keine besondere berufliche Qualifikation)

Fachkraft, folgende berufliche Qualifikation: _____, Begründung:

--

Steht die voraussichtliche Integrationshelferin bereits fest?

ja, folgende: nein, folgende Person übernimmt die Suche/Koordination:

Name, Vorname:	
Kontaktdaten:	

Datum, Unterschrift Klassen-/Fachlehrer/in

Datum, Unterschrift Schulleitung

Datum, Unterschrift Schulamt/ASKO