|  |  |
| --- | --- |
|  | BW55_KL_sw_weiss  STAATLICHES SCHULAMT GÖPPINGEN |
|  |  |

\_\_

**Meldung zum inklusiven Bildungsangebot oder zum Bildungsangebot an einem Sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungszentrum (SBBZ)**

Sehr geehrte Erziehungsberechtigte,

der/die Gutachter/in hat Sie über die Ergebnisse der Diagnostik informiert.  
Bei Ihrem Kind wurde ein sonderpädagogischer Bildungsanspruch festgestellt.

Dieser kann sowohl in einem sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungszentrum (SBBZ) mit dem entsprechenden Förderschwerpunkt als auch in einem inklusiven Bildungsangebot an einer allgemeinen Schule eingelöst werden.

* Inklusives Bildungsangebot: Eine umfassende Beratung können Sie durch die Begleitstelle Inklusion am Staatlichen Schulamt Göppingen erhalten - in der Regel telefonisch unter 07161 – 63-1515.
* Bildungsangebot an einem Sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungszentrum: Eine umfassende Beratung können Sie durch das SBBZ und den für das SBBZ zuständigen Schulrat erhalten.

Auf der Homepage des Staatlichen Schulamt ([www.schulamt-goeppingen.de](http://www.schulamt-goeppingen.de)) erhalten Sie weitere Informationen und beispielsweise den Elternflyer zur inklusiven Beschulung.

Den **Eingang der Meldung zu einem inklusiven Bildungsangebot** erwartet das Staatliche Schulamt **bis zum 01. Februar** des Kalenderjahres.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Staatliches Schulamt

**Meldung zum inklusiven Bildungsangebot oder zum Bildungsangebot an einem Sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungszentrum**

**für das Schuljahr 20     */*20**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Schüler/in / Kind** | | | |
| Name: | Vorname: | | männlich weiblich |
|  |  | | |
| Geburtsdatum, Geburtsort: | Staatsangehörigkeit: | | |
|  |  | | |
| **Erziehungsberechtigte** | | | |
| **Name der Mutter:** | **Name des Vaters:** | | |
|  |  | | |
| ggf. andere Erziehungs- oder Sorgeberechtigte: | | | |
| Straße, PLZ Wohnort: | Straße, PLZ Wohnort: | | |
|  |  | | |
| Tel., E-Mail: | Tel., E-Mail : | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
| **Derzeitige Bildungseinrichtung** | | | |
| Name, Anschrift: | | Klassenstufe/Gruppe: | |
|  | |  | |
| **Bei Schulanfängern: Zuständige Grundschule** | | | |
| Schulname, Ort: | | | |
|  | | | |

|  |
| --- |
| **Sonderpädagogischer Bildungsanspruch (laut Gutachten):**  Lernen  Sprache  Emotionale und soziale Entwicklung  Hören  Sehen  Geistige Entwicklung  körperliche und motorische Entwicklung |

**Ich wünsche / Wir wünschen …**

|  |
| --- |
| **ein inklusives Bildungsangebot – wenn möglich an folgender Schule:**       (Schulname und Ort) |
| **ein Bildungsangebot am Sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungszentrum (SBBZ):**       (Schulname und Ort) |

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

**Ort, Datum Unterschrift der Erziehungsberechtigten**