

KENNTNISNAHME UND ZUSTIMMUNG ZU SONDERPÄDAGOGISCHER BETREUUNG

LEA/Die Behörde ersucht Sie um Zustimmung zur sonderpädagogischen Betreuung von:

NAME DES SCHÜLERS: _____

Entscheidungsgrundlage: _____

Beschreibung anderer erwogener Optionen und Gründe für deren Verwerfung: _____

Folgende Beurteilungsverfahren, Prüfungen, Aufzeichnungen und/oder Berichte wurden zur Entscheidungsfindung herangezogen:

<input type="checkbox"/>	Sehvermögen	<input type="checkbox"/>	Beobachtung	<input type="checkbox"/>	Entwicklungsskalen	<input type="checkbox"/>	Informationen anderer Ämter
<input type="checkbox"/>	Hörvermögen	<input type="checkbox"/>	Sprachkompetenz	<input type="checkbox"/>	Musterarbeiten	<input type="checkbox"/>	Staatliche Prüfungen
<input type="checkbox"/>	Intellekt	<input type="checkbox"/>	Motorik	<input type="checkbox"/>	Disziplin-Berichte	<input type="checkbox"/>	Sonstiges
<input type="checkbox"/>	Leistungen	<input type="checkbox"/>	Interview	<input type="checkbox"/>	Präsenz-Berichte	<input type="checkbox"/>	Sonstiges
<input type="checkbox"/>	Verhalten	<input type="checkbox"/>	Noten	<input type="checkbox"/>	Patientenakten	<input type="checkbox"/>	Sonstiges

LEA/Die Behörde benötigt Ihre Zustimmung, ehe Ihr Kind sonderpädagogisch betreut werden kann. Stimmen Sie dem Erbringen von Leistungen nicht zu oder reagieren Sie nicht auf eine diesbezügliche Aufforderung, verstößt LEA/die Behörde nicht gegen die Vorschrift, Ihrem Kind eine kostenlose öffentliche Schulbildung zu ermöglichen.

BITTE EINS DER KÄSTCHEN UNTEN ANKREUZEN UND DAS FORMULAR MIT DATUM UND UNTERSCHRIFT VERSEHEN.

Ich **GESTATTE** dem Schulsystem die sonderpädagogische Betreuung.

Ich **GESTATTE** dem Schulsystem die sonderpädagogische Betreuung **NICHT**. Bitte begründen.

Unterschrift Elternteil oder Schüler (ab 19)

Datum

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass LEA/die Behörde, wenn Sie Aufklärung über Ihre Rechte in Ihrer Muttersprache benötigen, Ihrem Wunsch entspricht und Ihr Verstehen sicherstellt. Sie genießen den vollen Schutz im Sinne der in Ihrem Exemplar des Dokuments „*Special Education Rights*“ aufgeführten Rechte. Wünschen Sie ein zweites Exemplar davon, haben Sie Fragen oder möchten Sie ein Gespräch vereinbaren, wenden Sie sich bitte an:

Name: _____ Telefon: _____

Bitte dieses Formular rücksenden an: Adresse _____

Unterschrift des Beamten der Schulbehörde _____

Datum der Übergabe/Zusendung _____

Ergebnis des ersten Versuchs:

Datum zweiter Versuch _____ Maßnahme _____

Ergebnis des zweiten Versuchs: