



Sonderpädagogisches Förderzentrum München-West

Beratungszentrum

Helmut-Schmidt-Allee 45 81249 München ☎089/233-64641 ✉sfz-muenchen-west@muenchen.de

Anmeldung zur Einschulungsberatung

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Nationalität	
Geburtsort		Zuzug nach Deutschland	
Sprache(n) der Eltern		Sprache(n) des Kindes	
Erziehungsberechtigte			
Telefonnummern			
Emailadressen			
Kindertagesstätte			
Sprengelgrundschule			

Bitte beschreiben Sie kurz Ihr aktuelles Anliegen an das Beratungsteam:



Sonderpädagogisches Förderzentrum München-West

Beratungszentrum

Helmut-Schmidt-Allee 45 81249 München ☎089/233-64641 ✉sfz-muenchen-west@muenchen.de

In welchen Bereichen gab oder gibt es Auffälligkeiten in der Entwicklung Ihres Kindes?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hören, auditive Wahrnehmung | <input type="checkbox"/> Sehen, visuelle Wahrnehmung |
| <input type="checkbox"/> Körperwahrnehmung | <input type="checkbox"/> Grobmotorik |
| <input type="checkbox"/> Auge-Hand-Koordination | <input type="checkbox"/> Merkfähigkeit auditiv |
| <input type="checkbox"/> Denken / Schlussfolgern | <input type="checkbox"/> Merkfähigkeit allg. |
| <input type="checkbox"/> Sprachverständnis | <input type="checkbox"/> Sprachentwicklung |
| <input type="checkbox"/> Artikulation | <input type="checkbox"/> Kommunikation/Interaktion |
| <input type="checkbox"/> emotionale Entwicklung | <input type="checkbox"/> Soziale Entwicklung |
| <input type="checkbox"/> Regelverhalten | <input type="checkbox"/> Arbeits-/Spielverhalten |
| <input type="checkbox"/> Aufmerksamkeit/Konzentration | <input type="checkbox"/> motorische Unruhe |
| <input type="checkbox"/> lebensprakt. Fähigkeiten, Selbstständigkeit | |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

Beschreiben Sie kurz Ihre Beobachtungen bezüglich des Förderbedarfs:

Stärken d. Kindes / Ressourcen der Familie: _____



Sonderpädagogisches Förderzentrum München-West

Beratungszentrum

Helmut-Schmidt-Allee 45 81249 München ☎089/233-64641 ✉sfz-muenchen-west@muenchen.de

Belastungen d. Kindes / Familie:

Bisherige Maßnahmen/Therapien/Diagnosen:

Durch wen wurden Sie auf uns aufmerksam?

Sollte ein sonderpädagogischer Förderbedarf vorliegen, möchten Sie grundsätzlich eine
Beschulung am SFZ München-West?

Ja

Nein

Ort/Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten



Sonderpädagogisches Förderzentrum München-West

Beratungszentrum

Helmut-Schmidt-Allee 45 81249 München ☎089/233-64641 ✉sfz-muenchen-west@muenchen.de

Entbindung von der Schweigepflicht

Betreffend:

Name, Vorname des Kindes:	
geboren am:	
Anschrift:	

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass sich	(Name der Lehrkraft)
	(Schulname)

bezüglich meines/unseres Kindes mit im folgender genannter Person schriftliche und mündliche Informationen austauschen darf.

Name:	Einrichtung:
Person(en) der diagnostizierenden Einrichtung	(Klinik, HPT, Kita, Ergotherapeut, Hausarzt, Amt für Jugend und Familie, Fachdienste...)

Zum Zwecke:

--

Datum	Unterschrift(en) der Personensorgeberechtigten
-------	--

Die ausgetauschten Informationen unterliegen der Schweigepflicht. Diese Erklärung über die Befreiung der Schweigepflicht kann jederzeit schriftlich von den Personenberechtigten widerrufen werden.

* Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift, dass er im Einvernehmen mit dem anderen Elternteil handelt oder dass ihm das Sorgerecht alleine zusteht.



Sonderpädagogisches Förderzentrum München-West

Beratungszentrum

Helmut-Schmidt-Allee 45 81249 München ☎089/233-64641 ✉sfz-muenchen-west@muenchen.de

Einverständniserklärung

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass mein / unser Sohn, meine / unsere Tochter

_____ /
Name, Vorname

geboren am _____ im Rahmen einer Diagnostik und Beratung durch das Beratungszentrum des Sonderpädagogischen Förderzentrums München-West mit einem standardisierten Intelligenzverfahren getestet wird.

Name der **Mutter**: _____

Anschrift, Telefon: _____

Name des **Vaters**: _____

Anschrift, Telefon: _____

Andere Erziehungsberechtigte:

Name: _____

Anschrift, Telefon: _____

Ort, Datum

Unterschrift(en) des / der Erziehungsberechtigten

* Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift, dass er im Einvernehmen mit dem anderen Elternteil handelt oder dass ihm das Sorgerecht alleine zusteht.



Sonderpädagogisches Förderzentrum München-West

Beratungszentrum

Helmut-Schmidt-Allee 45 81249 München ☎089/233-64641 ✉sfz-muenchen-west@muenchen.de

Bitte senden Sie die ausgefüllten Unterlagen:

per Post:

SFZ München-West
Beratungszentrum

Helmut-Schmidt-Allee 45
81249 München

oder

Per Fax:

089/233-64644

oder

Per Email:

c.brida@sfz-west.muenchen.musin.de

oder

sonja.abdelaziz@sfz-west.muenchen.musin.de

Zu einem Beratungsgespräch sollten Sie möglichst folgende Unterlagen mitbringen:

- gelbes Untersuchungsheft (U-Heft)
- Impfpass (Masernimpfungen)
- rSEU (Gesundheitsuntersuchung zur Einschulung)
- Berichte und Stellungnahmen von Therapeuten und Ärzten
- Beobachtungsbogen der Kindertagesstätte
- Ausweise (von Kind und Erziehungsberechtigten)
- Geburtsurkunde
- Evtl. Zurückstellungsbescheid
- Wenn vorhanden: Sorgerechtsbescheid

Falls Sie lieber in Ihrer Erstsprache beraten werden wollen, denken Sie bitte daran einen Dolmetscher mitzubringen.



Sonderpädagogisches Förderzentrum München-West

Beratungszentrum

Helmut-Schmidt-Allee 45 81249 München ☎089/233-64641 📧sfz-muenchen-west@muenchen.de