|  |  |
| --- | --- |
| ***Personalien*** | |
| **Name, Vorname Kind**  geboren am  Schulstufe | |
| Nationalität  Erstsprache | |
| **Name, Vorname Mutter** | **Name, Vorname Vater** |
| Strasse, Nr. | Strasse, Nr. |
| PLZ/Ort | PLZ/Ort |
| Telefon | Telefon |
| E-Mail | E-Mail |
| Nationalität | Nationalität |
| Sorgerecht bei   beiden  Mutter  Vater | |
| Kind wohnt bei  beiden  Mutter  Vater | |
| Besteht Beistandschaft?  Nein  Ja. Name, Telefon | |
| Übersetzung nötig? Für Kind  Nein  Ja, in der Sprache: | |
| Für Eltern  Nein  Ja, in der Sprache: | |
| **Name, Vorname Klassenlehrperson** | |
| E-Mail   Telefon (Natel) | |
| Schulhaus | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Weitere aktuell involvierte Fachpersonen** | | | |
|  | Name, Vorname | Telefon | Dauer |
| Lehrperson für schulische Heilpädagogik (SHP / HFD) |  |  | von  bis |
| Lehrperson für integrative Förderung (IF) |  |  | von  bis |
| Lehrperson für Deutsch als Zweitsprache (DaZ) |  |  | von  bis |
| Schulpsychologischer Dienst (SPD) |  |  | von  bis |
| Schulsozialarbeit (SSA) |  |  | von  bis |
| Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst (KJPD) |  |  | von  bis |
| Psychotherapie |  |  | von  bis |
| Kinderarzt/Kinderärztin |  |  | von  bis |
| Logopädischer Dienst (LPD) |  |  | von  bis |
| Psychomotorik-Therapiestelle (PMT) |  |  | von  bis |
| Sozialberatungszentrum, Familienberatung (SOBZ) |  |  | von  bis |
| Weitere Fachpersonen:  Funktion? |  |  | von  bis |

|  |
| --- |
| ***Anmeldegrund*** |
| ***kognitive Fähigkeit***  ***Verhalten*** *(soziale, emotionale oder psychische Auffälligkeiten)*  🡪 Andere Behinderungsformen oder eine angestrebte Sonderschulung an einer Privatschule werden beim kantonalen Fachdienst für Sonderschulabklärungen angemeldet! |
| ***Inwiefern verunmöglicht die aktuelle Beeinträchtigung/Behinderung dem Kind im Regelschulunterricht seine Sach-, Sozial- und Selbstkompetenz dem Alter entsprechend zu entwickeln?*** |
|  |
| ***Welche Stärken zeigen sich?*** |
|  |
| ***Momentane Leistungen in der Schule*** |
| > Bitte näher erläutern! |
| ***Kompetenzen:***  Deutsch Note:  nicht erreicht teilweise erreicht erreicht übertroffen  Mathematik Note:  nicht erreicht teilweise erreicht erreicht übertroffen  NMG/Naturlehrfächer Note:  nicht erreicht teilweise erreicht erreicht übertroffen  Fremdsprachen E Note:  nicht erreicht teilweise erreicht erreicht übertroffen  Fremdsprachen F Note:  nicht erreicht teilweise erreicht erreicht übertroffen |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Welche Unterstützungsmassnahmen wurden bisher eingesetzt?*** | | |
| Integrative Sonderschulung | von | bis |
| Integrative Förderung | von | bis |
| Deutsch als Zweitsprache | von | bis |
| freiwillige Lernzeit | von | bis |
| Betreuungsangebot | von | bis |
| Lernzielanpassung Fächer: -  -  - | von  von  von | bis  bis  bis |
| Klassenwechsel | von | bis |
| Repetition Klasse: | von | bis |
| Schulhaus-/Gemeindewechsel | von | bis |
| Timeout mit Arbeitseinsatz | von | bis |
| Schulsozialarbeit | von | bis |
| SPD-Abklärung | von | bis |
| Logopädietherapie | von | bis |
| Psychomotoriktherapie | von | bis |
| Medizinische Abklärung | von | bis |
| Welche Medikation: | von | bis |
| Heilpädagogische Früherziehung | von | bis |
| KJPD-Abklärung | von | bis |
| Psychotherapie | von | bis |
| Ergotherapie | von | bis |
| Systemnahe Beratung/Begleitung/Coaching | von | bis |
| Beistandschaft | von | bis |
| Andere: | von | bis |
| ***Was haben diese Massnahmen bewirkt?*** | | |
| ***Welche psychodiagnostischen Befunde liegen bereits vor?*** | | |
|  | | |
| ***Welche Alternativen zu einer Sonderschulung wurden bereits in Erwägung gezogen?*** | | |
|  | | |
| ***Wurden bereits Rahmenbedingungen für eine Integrative Sonderschulung (IS) besprochen? Was spricht für bzw. gegen diese Art der Schulung?*** | | |
|  | | |
| ***Wurde die Anschlussschulung in einer konkreten Schule thematisiert, wenn ja in welcher?*** | | |
|  | | |
| ***Gibt es Gründe für eine Internatsplatzierung?*** *(Indikationsraster:* [*www.disg.lu.ch*](http://www.disg.lu.ch)*)* | | |
|  | | |
| ***Ergänzungen*** | | |
|  | | |

|  |
| --- |
| ***Erziehungsberechtigte sind mit der Sonderschulabklärung einverstanden:***  **ja**  **/  nein** |
| Datum:       Unterschrift LP |
| Datum:       Unterschrift SL |