



Antrag auf Gewährung von Schul-/Tagesstättenbegleitung bei Ausflügen oder Schullandheimaufenthalten

| | | |
|------------------------------|---------------|------------|
| Name: | Geburtsdatum: | |
| Schule/Tagesstätte | Klasse: | Schuljahr: |
| Ansprechpartner Schule: | Name: | Telefon: |
| Ansprechpartner Tagesstätte: | Name: | Telefon: |

1) Diagnosen:

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Behinderungen: | <input type="checkbox"/> Lernbehinderung | Pflegestufe: |
| | <input type="checkbox"/> Geistige Behinderung | |
| | <input type="checkbox"/> Körperbehinderung | |
| | <input type="checkbox"/> Blindheit | <input type="checkbox"/> Sehbehinderung |
| | <input type="checkbox"/> Gehörlosigkeit | <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit |
| | <input type="checkbox"/> Epilepsie | Häufigkeit: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Autistische Spektrumsstörung: _____ | |
| | <input type="checkbox"/> andere seelische Behinderung nach ICD 10: _____ | |
| Chronische Erkrankungen, die den Betreuungs- und Pflegebedarf erhöhen (z. B. Diabetes, Allergien, Hepatitis): | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

2) **Medizinisch-pflegerische Versorgung (z. B. PEG, Stoma, Katheter, Beatmungsgerät, Baclophenpumpe, Trachealkanüle, regelmäßiges Umlagern, Hilfsmittelversorgung, etc.):**

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Mobilität

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Motorik

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Herausforderndes Verhalten

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fremdgefährdendes Verhalten | <input type="checkbox"/> extremes Angst- und Rückzugsverhalten |
| <input type="checkbox"/> Selbstgefährdendes Verhalten | <input type="checkbox"/> emotionale Störung (depressiv) |
| <input type="checkbox"/> Störung des Sozialverhaltens (aggressiv / oppositionell) | <input type="checkbox"/> gesteigertes Unruheverhalten |
| <input type="checkbox"/> Sexuelle Auffälligkeiten | <input type="checkbox"/> Enuresis /Enkopresis |
| <input type="checkbox"/> Zwanghafte Verhaltensweisen | |

Anmerkungen zu den genannten Verhaltensweisen (notwendige Auszeiten / besonders intensives und häufiges Auftreten / räumliche Notwendigkeiten):

Kommunikation:

Aktive Sprache:

Passives Sprachverständnis:

Unterstützte Kommunikation:

Besondere Hilfen bei Alltagsverrichtungen:

| | |
|----------|--|
| Essen | <input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> keine |
| Toilette | <input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> keine |
| Kleidung | <input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> keine |

Weitere besondere Hilfebedarfe:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

3) Wie viele Kinder fahren insgesamt mit?

Anzahl:

4) **Weitere Kinder mit Schul-/Tagesstättenbegleitung, die an der Maßnahme teilnehmen?**

Wenn ja,
 Name:
 beantragter Umfang:

5) **Wie viele der unter 3 genannten Kinder besuchen die Tagesstätte?**

Anzahl:

6) **Welches Personal (getrennt nach Schule und Tagesstätte) begleitet die Kinder (Anzahl, Qualifikation, Ehrenamtliche)?**

.....

7) **Umfang der beantragten Leistung:
 (Bitte Veranstaltungsprogramm bzw. Tagesprogramm beilegen)**

.....

Stand: 25.10.2011

.....
 Ort, Datum

.....
 Unterschrift der Eltern

.....
 Ort, Datum

.....
 Unterschrift der Schulleitung/Lehrkraft



Urschriftlich zurück:

Bezirk Oberfranken
Sozialverwaltung
Postfach 10 11 52
95411 Bayreuth

Name: _____, geb.: _____

Einverständniserklärung:

Ich/wir, _____, erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass der Bezirk Oberfranken – Sozialverwaltung – die **im Rahmen der Hilfestellung (z. B. Frühförderung, integrative Förderung in der Kindertagesstätte, Besuch der Schultagesstätte, Besuch der SVE-Tagesstätte, ambulante Begleitung(en), stationäre Internatsbetreuung)** erforderlichen Auskünfte über unser Kind einholt und die bei Ärzten, Kliniken und Behörden geführten Untersuchungsunterlagen (Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Untersuchungsbefunde, Sozialberichte, ärztliche Stellungnahmen usw.) zur Einsicht heranzieht.

Ich/wir genehmige/n ferner die Verwertung dieser Unterlagen für gutachterliche Stellungnahmen und Atteste und entbinde/n die beteiligten Ärzte von ihrer Schweigepflicht.

_____, den _____ (Erziehungsberechtigte/r)