

**Stellungnahme der Schule zum Antrag
auf Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung
gem. § 112 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)**

Name, Vorname des Schülers/ der Schülerin:
Geburtsdatum:
Schule:
dort eingeschult am:
Schuljahr:
AO-SF eingeleitet/abgeschlossen am:

1. Sieht die Schulleitung eine Schulbegleitung als erforderlich an?	
Ja	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>

1.2 Welche Maßnahmen müssen während des Schulbesuches durchgeführt werden bzw. welche behinderungsbedingten Auffälligkeiten liegen vor? <input type="checkbox"/> Magensonde und PEG <input type="checkbox"/> gravierende Ernährungsprobleme mit massiven Erbrechen <input type="checkbox"/> drohende Erstickungsanfälle, Absaugen etc. <input type="checkbox"/> Katheterisierung <input type="checkbox"/> Medikamentengabe <input type="checkbox"/> Injektionen und Stoffwechselüberwachung <input type="checkbox"/> lebensgefährliche und häufige Anfälle <input type="checkbox"/> Dialyseabhängigkeit <input type="checkbox"/> Abhängigkeit von Überwachungsgeräten <input type="checkbox"/> Abhängigkeit von Beatmungsgeräten <input type="checkbox"/> Krampfanfälle mit Verletzungsgefahr <input type="checkbox"/> Autistisches Syndrom mit schwierigen Verhaltensweisen <input type="checkbox"/> gravierende Fremd- und Autoaggression <input type="checkbox"/> gravierende Selbst- oder Fremdgefährdung <input type="checkbox"/> Depressivität <input type="checkbox"/> sonstiges und zwar:
1.3. Was macht den Schüler / die Schülerin im Vergleich zu anderen so besonders?

1.4. Wie stellt sich die Behinderung aus Sicht der Schule dar? Wie sind die Auswirkungen in der Schule?

2. Welche Ressourcen sind in der Schule vorhanden?

(z.B. zusätzliches pflegerisches, pädagogisches oder sonstiges Fachpersonal)

2.1. Wie war es möglich den Schüler / die Schülerin bisher zu beschulen? Was hat sich geändert? (nicht zu beantworten bei Schüler/Innen die neu aufgenommen wurden)

2.2 Wurde bisher schulisches Personal zur Deckung des Unterstützungsbedarfes eingesetzt?

Ja In welchem zeitlichen Rahmen? Für welche Tätigkeiten?

Nein Begründung:

3. Gibt es bereits ein Kind mit einer Hilfsperson in der Klasse (auch von anderen Rehabilitationsträgern wie z.B. Krankenkasse, Jugendamt, auswärtiger Sozialhilfeträger)

Ja Bitte Anzahl und Stundenumfang angeben:

Nein

4. Welche Aufgaben soll die Integrationskraft übernehmen?

- an-/ausziehen
- Raumwechsel
- Nahrungsaufnahme
- Strukturierung
- Gefahreinschätzung/-abwehr
- Medikamentengabe

pflegerische Maßnahmen Wenn ja, welche?

andere Aufgaben

bitte beschreiben:

4.1 Notwendiger Unterstützungsbedarf in Stunden während des Schulbesuchs, der durch die Integrationskraft gedeckt werden soll (Zeitstunde / Woche oder Zeitstunde / Tag) mit Verteilung auf die einzelnen Schultage (Einsatzplan). Keine Berücksichtigung eines freiwilligen OGS-Angebotes, da kein pflichtiger Bestandteil des Schulbesuches.
Bitte Stundentafel beifügen!

4.2 Ist der Unterstützungsbedarf im Rahmen eines Schulpools zu decken?
(mehrere Schüler/Innen werden von einer Kraft betreut)

ja nein

Datum

Unterschrift des/der Schulleiters/in

Datum

Unterschrift des/der Klassenlehrers/in