|  |
| --- |
|  |
|  |

**Stellungnahme der** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **zur Anforderung der Unterstützung durch den Mobilen Sonderpädagogischen Dienst bei Autismus-Spektrum-Störung (MSD-A)**

(über die Schulleitung an den/die MSD-A-Koordinator/in im Landkreis bzw. in der Stadt - siehe <http://www.ropf.bayern.de/leistungen/schule/info/foerderschulen/autismus.php>)

**für die Schülerin / den Schüler:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (Name, Vorname ) | (Geburtsdatum) | (Geschlecht) |
| (Schule) | | (Klasse) |
| (Klassenleitung, Dienstbez.) | | |

**Schullaufbahn:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Schuleintritt** im Schuljahr       **Zurückstellung** ❑ja, im Schuljahr      , ❑nein | | | | | |
| 1. Jgst. | 2. Jgst. | 3. Jgst. | 4. Jgst | 5. Jgst. | 6. Jgst. |
|  |  |  |  |  |  |
| 7. Jgst. | 8. Jgst. | 9. Jgst. | 10. Jgst | 11. Jgst. | 12. Jgst. |
|  |  |  |  |  |  |

**Voraussetzung für die Unterstützung:** Mit dieser Anforderung die Zuleitung einer fachärztlichen Diagnose eines Kinder- und Jugendpsychiaters.

**Anlass für die Unterstützung durch den MSD-A:**

|  |
| --- |
| Anlass: |
| Von der  Schule  und  Eltern gewünscht:  Fortsetzung der Unterstützung durch MSD (Unterstützung wurde im Schuljahr       begonnen)  Beratung und Information durch MSD zu  Unterstützungsmöglichkeiten und Förderplanung    möglichen schulischen Lernorten  Förderung an der besuchten Schule   Sonstiges \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Beobachtungen (Unterricht / Schulleistungen) der verantwortlichen Lehrkraft:**

|  |
| --- |
| Lernverhalten, Arbeitsverhalten, Sozialverhalten: (Auffassen, Betrachten, produktives u. reproduktives Denken, Transfer, Konzentration, Arbeitstempo, Sorgfalt, Ausdauer, Selbstständigkeit, Kreativität, Kontaktverhalten, Kooperationsfähigkeit, Beziehungen, Konfliktverhalten, Aggressivität, Rückzug, …) |

|  |
| --- |
| Kognition: (Auffassung, Verständnis, Gedächtnis u. Merkfähigkeit, Schlussfolgerungen, Wahrnehmung, …) |
| Motorik: (Grobmotorik, Fortbewegung, Feinmotorik, Bewegungsdrang, Unruhe, Passivität, …) |
| Sprache: (Sprachentwicklung, Sprachfehler, Sprachhemmung, Wortschatz, Satzbau, …) |

|  |
| --- |
| Schulleistungen: (Deutsch, Mathematik, Schreiben, Rechtschreibung, Lesen, Sonstiges, …) |

**Bisherige Maßnahmen:**

|  |
| --- |
| Schulische / Außerschulische Unterstützung: (Pädagogische Differenzierung, Sozialarbeit in der Schule, Beratungslehrer, Schulpsychologen, Mobiler, Sonderpädagogischer Dienst, Beratungsstellen, Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, Jugendamt, Familienhilfe) |

………………………………………………

Ort, Datum

................................................................ …………………………………………………..

Klassenleitung Schulleitung