

Anforderung der Mobilen Sonderpädagogischen Hilfe

Stempel der Einrichtung	Pädagogische Fachkraft/ Einrichtungsleitung		
	Telefon		
	E-Mail		
Vorname und Nachname des Kindes	m/w/d	Geburtsdatum	Spricht/Versteht das Kind Deutsch? <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> gering
Erziehungsberechtigte (Name und Anschrift)		Telefon:	
		E-Mail:	

Anlass/ Fragestellung

Vermuteter Sonderpädagogischer Förderbedarf (Mehrfachnennung möglich) <input type="checkbox"/> Lernen <input type="checkbox"/> Sprache <input type="checkbox"/> emotional-soziale Entwicklung
Bisherige Maßnahmen <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Erziehungsberatungsstelle <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Individualbegleitung <input type="checkbox"/> Frühförderung <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
Einverständnis <p>Ich bin/ wir sind damit einverstanden, dass mein/ unser Kind der Mitarbeiterin der Mobilen Sonderpädagogischen Hilfe (MSH) des Sonderpädagogischen Förderzentrums Unterhaching (Hachinger Tal Schule) vorgestellt wird. Dabei wird der Entwicklungsstand meines/unseres Kindes festgestellt und ggfs. eine Begabungsdiagnostik gemacht. Im Anschluss findet ein gegenseitiger Austausch zwischen MSH, Erziehungsberechtigten und Kindergartenpersonal statt.</p> <p>Hinweis: Das Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden. Die Angaben werden vertraulich, den Datenschutzbestimmungen entsprechend, behandelt.</p>

Ort, Datum	Unterschrift des/ der Erziehungsberechtigten
------------	--

Ort, Datum	Pädagogische Fachkraft / Einrichtungsleitung
------------	--