Ein Bild, das Text, ClipArt enthält.

Automatisch generierte Beschreibung**Staatliches Schulamt Karlsruhe**

### **ASS - Antrag**

### Beratung bei Kindern und Jugendlichen mit Autismusspektrumstörung (ASS)

### an allgemeinbildenden Schulen

Meldung bzw. Aufnahme

für das Schuljahr 20  /

Datum       Sorgeberechtigte:

1. **Persönliche Angaben zum Kind / Jugendlichen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Name:** | **Vorname:** | **Staatsangehörigkeit:** |
| **Geburtsdatum:** | **Zuständige Sozial- / Jugendbehörde (ASD Kreisjugendamt …)** | |
| **Straße, Hausnummer:** | **PLZ, Ort:** | |
| **gesetzlicher Vertreter** | | |
| **Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters** | **Ggf. E-Mail:** | **Telefon:** |
| **Straße, Hausnummer (falls abweichend)** | **PLZ, Ort (falls abweichend)** | |

**2. Fachärztliche Diagnose**

|  |  |
| --- | --- |
| **Diagnose (zur Einordnung):**  *Ggf. Anlagen beifügen* | |
| **Gestellt durch:** | **Datum:** |

**3. (Voraussichtliche) Auswirkungen der ASS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **a) Im Schulalltag** | **b) Im Sport-/ Schwimmunterricht:** | **c) bei außerunterrichtlichen Veranstaltungen:** |
|  |  |  |

**4. Bedarfsbeschreibung aus Sicht der Eltern**

|  |
| --- |
|  |

Bitte Rückseite beachten

**5. Maßnahmen aus Sicht der Schule** *Bsp.: Separater Raum, Schulbegleitung. etc. (Was ist schon vorhanden?!)*

|  |
| --- |
| a) räumlich |
| b) sächlich |
| a) personell |

**6. Vorläufige Stellungnahme der Schule**

*(Ggf. Rücksprachen / Klärungen im kollegialen, schulischen Bereich)*

|  |
| --- |
|  |

*Eine Mehrfertigung des Antrags wurde an den Antragsteller ausgehändigt.*

**Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Unterschrift des Schulleiters, der Schulleiterin**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bitte je eine Mehrfertigung z. Kenntnisnahme an:**   1. Schulträger *(falls räumliche Maßnahmen notwendig sind)* 2. Jugendamt / Leistungsträger (§35a, §53, …) | **Absendende Schule**  Name der Schule | |
|  |
| **Original innerhalb von 2 Wochen an**  **Staatliches Schulamt Karlsruhe**  - Arbeitsstelle Autismus -  Postfach  **Fr. Vogt / Fr. End**  Ritterstraße 20  D - 76133 Karlsruhe | Straße, Hausnummer | |
| PLZ, Ort | |
| Name des Schulleiters, der Schulleiterin | |
| Telefonnummer für Rückfragen | **E-Mail:** |
| **Hinweis** | |