Fragebogen für Schule

Liebe KollegInnen, bitte füllen Sie nachfolgenden Fragebogen am PC aus.

Laden Sie ihn anschließend über das Kontaktformular auf der Seite <https://gl.kreis-warendorf.de/beratung/multiprofessionelles-mobiles-team.html> hoch.

1. **Anfrage:**
2. **Daten:**

Datum: Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.

Wer fragt das MMT an?

Rolle: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Ansprechpartner: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Kontaktdaten: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

1. **Anlass der Anfrage:**

Bitte beschreiben Sie hier in Stichworten die Situation:

|  |
| --- |
|  |

1. **Informationen zum Kind**

Name des Kindes: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Geburtsdatum:

Junge [ ]  Mädchen [ ]

Schule: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Schulbesuchsjahre:

Klasse:

1. **Unterstützungsbedarf im Bereich:**

AO-SF: Wählen Sie ein Element aus.

Sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf:Wählen Sie ein Element aus.

Weiterer Sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf: Wählen Sie ein Element aus.

1. **Leistungsentwicklung/Auffälligkeiten: z.B. linear, in Sprüngen, Leistungsabfall, Blockaden:**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Emotionale soziale Entwicklung des Kindes/ Jugendlichen**
 |
| Stärken des Kindes/Jugendlichen | Mögliche Schwächen des Kindes/Jugendlichen |
|  |  |

1. **Wurde ein Verhalten beobachtet, das selbst- oder fremd gefährdende Aspekte zeigte?**

ja [ ]  nein [ ]

Wenn ja. In welchen konkreten Situationen ist das Verhalten gezeigt worden? (Wann?, Wo?)

|  |
| --- |
|  |

Wer hat es beobachtet?

|  |
| --- |
|  |

Tritt es regelmäßig auf?

[ ]  ja [ ]  nein

Bemerkung:

|  |
| --- |
|  |

Gibt es erkennbare Faktoren/Aspekte, die das Verhalten auslösen könnten.

|  |
| --- |
|  |

1. **Durchgeführte pädagogische Maßnahmen:**

[ ]  Gespräche mit den Erziehungsberechtigten

[ ]  Gespräche mit dem Kind/Jugendlichen

[ ]  Individuelle Auszeiten während des Unterrichts

[ ]  Rückbeschulung/Rücktritt

[ ]  Angebote eines Rückzugsortes

[ ]  Klassenwechsel aus pädagogischen Gründen

[ ]  Verkürzte Beschulung/temporäre Beschulung,

siehe unten

[ ]  Lernpaten

[ ]  Lernentwicklungsgespräche

Weitere:

|  |
| --- |
|  |

1. **Durchgeführte Ordnungsmaßnahmen:**

[ ]  schriftlicher Verweis

[ ]  Überweisung in eine parallele Klasse oder Lerngruppe

[ ]  vorübergehender Ausschluss vom Unterricht

[ ]  vorübergehender Ausschluss von schulischen Veranstaltungen

[ ]  Androhung der Entlassung von der Schule

Weitere:

|  |
| --- |
|  |

1. **Welche Ansprechpartner gibt es in der Schule in Bezug auf das Kind oder das Thema „Herausforderndes Verhalten“?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rolle/Gremium | Ansprechpartner | Kontaktdaten |
| Schulleitung |  |  |
| Klassenleitung |  |  |
| Sonderpädago-gische Lehrkraft |  |  |
| Schulsozial-arbeiter\*in |  |  |
| Schulbegleitung/ÜII Fachkraft/Bezug-betreuer\*in |  |  |
| Weitere: |  |  |

Sind ein regelmäßiger Austausch und eine unterstützende Kooperation der einzelnen Teammitglieder in diesem Fall gewährleistet?

[ ]  ja [ ]  nein

Gibt es (schriftliche) Vereinbarungen mit der I-Kraft, welche Aufgaben Sie übernehmen soll?

Wie sie ihre Rolle füllen soll?

[ ]  ja [ ]  nein

1. **Welche Unterstützungsangebote liegen bereits im System Schule vor? Wer ist bereits involviert?**

|  |  |
| --- | --- |
| Institution | Adresse/Ansprechpartner |
| Inklusions-fachberatung |  |
| Schulpsychologie |  |
| ESE - Fachberatung |  |
| JA, z.B. Übergangs-management 1 |  |
| OGS/ÜMI |  |
| Autismus - Fachberatung |  |
| Schulsozialarbeit |  |
| Ärzte |  |
| Fortbildung |  |

**6. Jugendhilfemaßnahmen**

|  |  |
| --- | --- |
| Institution | Adresse/Ansprechpartner |
| Integrationskraft/ÜII/Bezugsbetreuer\*in | ggf. s.o. |
| SPFH |  |
| Erziehungsbeistand |  |

**7. Therapeutische Maßnahmen** Zutreffendes bitte ankreuzen!

|  |  |
| --- | --- |
| Institution | Adresse/Ansprechpartner |
| Ergotherapie | ggf. s.o. |
| Logopädie |  |
| Psychologische Maßnahmen |  |
| Ambulant psychiatrische Maßnahmen |  |
| Stationäre psychiatrische Maßnahmen |  |

**8. Kooperation der Eltern**

Beschreiben Sie die bisherige Zusammenarbeit mit den Eltern (subjektiv)

(regelmäßige Gespräche; Gesprächsanlässe; Vereinbarungen; Kooperation)

|  |
| --- |
|  |

**9. Familiensituation/Lebensumfeld** Zutreffendes bitte ankreuzen!

Wo lebt das Kind / der Jugendliche?

[ ]  Eltern

[ ]  Vater (alleinerziehend)

[ ]  Mutter (alleinerziehend)

[ ]  Pflegefamilie

[ ]  Wohngruppe

[ ]  Schutzstelle

[ ]  Tagesgruppe

[ ]  Vormund: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Wer ist sorgeberechtigt:

[ ]  Eltern

[ ]  Vater (alleinerziehend)

[ ]  Mutter (alleinerziehend)

[ ]  Pflegefamilie

[ ]  Wohngruppe

[ ]  Schutzstelle

[ ]  Tagesgruppe

[ ]  Vormund: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**10. Kritische Lebensereignisse/ ggf. Maßnahmen/Unterstützungen**

|  |
| --- |
|  |

**11. Wunsch des Kontaktaufnehmenden**

[ ]  Klärungsbedarf durch Einbezug von Fachberatern

[ ]  Klärungsbedarf durch Einbezug eines Fachberaters

[ ]  Unterstützung beim Lern- und Entwicklungsprozess

[ ]  Klärung, ob der Lernort ein geeigneter Förderort ist

[ ]  Beratung (Unterricht, Absprachen, Umgang mit…, etc.)

[ ]  andere Wünsche:

|  |
| --- |
|  |

Bitte reichen Sie folgende Unterlagen als **pdf-Datei** über das **Kontaktformular** <https://gl.kreis-warendorf.de/beratung/multiprofessionelles-mobiles-team.html> mit ein:

* Fragebogen
* Lern- und Entwicklungsplan
* ggf. Nachteilsausgleich
* ggf. alle diagnostischen Daten sowie Entwicklungs-/ Therapieberichte, etc.
* Schweigepflichtentbindung

**Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!**