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!**