

# Kopiervorlagen



Im Folgenden finden Sie einige Kopiervorlagen, die Ihnen die Arbeit mit dem\*der Schulbegleiter\*in, dem unterstützungsbedürftigen Kind und dessen Eltern erleichtern können.

Die Vorlagen beinhalten:

- Einen Steckbrief der Schulbegleitung
- Ein Inklusionskonzept für Ihre Schule
- Einen Antrag auf Schulbegleitung
- Einen Antrag auf Verlängerung der Schulbegleitung
- Verschiedene Arbeitsblätter zur Vorbereitung auf den Einsatz als Schulbegleiter\*in
- Arbeitsblätter und Unterlagen für die Lehrkraft, um etwa Ihre Erwartungen an den\*die Schulbegleiter\*in oder Ihre Förderziele für das Kind zu definieren
- Ein Infoheft für die Eltern, das diesen die Kommunikation mit dem\*der Schulbegleiter\*in erleichtert

## Steckbrief

Ich heiÙe:

Ich bin                    Jahre alt.

Ich bin der/den Klasse/n                    zugeordnet.

Mein beruflicher Werdegang:

Ich freue mich darauf, als Schulbegleitung zu arbeiten, weil ...

Das möchte ich gerne noch mitteilen:

Angaben zum Jugendamt	
Name des Jugendamtes:	
Straße, Hausnr.:	
PLZ, Wohnort:	
Ansprechpartner*in:	
Telefon:	
Angaben zur Krankenversicherung	
privat / gesetzlich:	
Name der Kasse:	
Straße, Hausnr.:	
PLZ, Wohnort:	
Telefon:	
Pflegegrad:	
Angaben zum Grad der Behinderung	
Ursache der Behinderung	
ggf. Grad der Behinderung:	
Besteht Sehbehinderung?	
Wie viel Grad beträgt diese?	
Telefon:	
Pflegegrad:	
Angaben zur Schule	
Name der Schule:	
Straße, Hausnr.:	
PLZ, Wohnort:	
Ansprechpartner*in:	
Telefon:	
Schulprofil Inklusive j / n:	

**Woher stammen die Grundlagen zur Stellungnahme?**

(Persönlicher Kontakt, Gespräche, ...)

**Schulische Einschätzung zum Inhalt und Umfang des Förderbedarfs:**

**Ziel, welches durch den Einsatz des\*der Schulbegleiters\*Schulbegleiterin erreicht werden soll:**

**Art der Behinderung**

Lernbehinderung

Geistige Behinderung

Körperbehinderung

Sehbehinderung

Blindheit

Schwerhörigkeit

Gehörlosigkeit

Schwerhörigkeit

Schwerbehinderung

Epilepsie

Bei Epilepsie: Häufigkeit?

Autismus-Spektrum-Störung

Andere seelische Behinderung nach ICD-10

**Weitere Angaben zur Schule**

Anzahl der Schüler\*innen / Klasse:

Gibt es bereits eine Schulbegleitung in der Klasse?

Wäre eine Zusammenarbeit mit dieser oder anderen externen Kräften denkbar?

**Betreuungsbedarf**

Montag:

Von – bis  
(Uhrzeit):

Dienstag:

Mittwoch:

Donnerstag:

Freitag:

**Folgende Unterlagen liegen bei:**

Passkopie

Stundenplan

Ärztliches Attest

Stellungnahme der Schule

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte\*r

Unterschrift Erziehungsberechtigte\*r

Datum

Unterschrift Schulleitung

Unterschrift Lehrkraft

## Arbeitsblätter zur Vorbereitung auf den Einsatz als Schulbegleiter\*in

- Selbstreflexion: Wie sieht mein Profil aus?
- Förderziele definieren
- Analysebogen: Herausforderungen und Lösungsansätze
- Arbeitsplan und Tagebuch
- Stundenplan
- Kontaktdaten Lehrkräfte
- Mein Tagebuch

VORSCHAU

## Analysebogen: Herausforderungen und Lösungsansätze

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

Name des\*der Schülers\*Schülerin:

\_\_\_\_\_

Gesprächsteilnehmer\*innen:

\_\_\_\_\_

Welche aktuellen Herausforderungen gibt es?	Welches sind die eventuellen Auslöser?	Welche Lösungsmöglichkeiten gibt es?	Wer übernimmt diese Aufgabe?

VORSCHAU

**Kontaktdaten des\*der Schulbegleiters\*Schulbegleiterin:**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefonnummer 1: \_\_\_\_\_

Telefonnummer 2: \_\_\_\_\_

**Informationen zum anvertrauten Kind:**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_

**Anwesenheit:**

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag

**Bemerkungen:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Angaben zum anvertrauten Kind:**

<b>Angaben zum*zur anvertrauten Schüler*in:</b>	
Nachname:	_____
Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____
Straße:	_____
Wohnort:	_____
<b>Sorgeberechtigte*r 1:</b>	
Nachname:	_____
Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____
Straße:	_____
Wohnort:	_____
<b>Sorgeberechtigte*r 2:</b>	
Nachname:	_____
Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____
Straße:	_____
Wohnort:	_____

**Notfallkontakte:**

Nachname, Vorname:	_____
Telefonnummer:	_____
Handynummer:	_____
Nachname, Vorname:	_____
Telefonnummer:	_____
Handynummer:	_____
Nachname, Vorname:	_____
Telefonnummer:	_____
Handynummer:	_____
Nachname, Vorname:	_____
Telefonnummer:	_____
Handynummer:	_____

**Wichtige Hinweise:**

Lebensmittelallergie: \_\_\_\_\_

Unverträglichkeiten: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Familiäre Verhältnisse:**

Kind lebt in eigener Familie

Kind lebt in Pflegefamilie

Geschwisterkinder

Name: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

**Besonderes in der Familie / der Familienstruktur:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_