
	<b>Berufsbildende Schulen Cadenberge</b> <b>Berufsfachschule für Pflege</b>	
Version: 1	- Übergabeformular zur Erfassung von Unterstützungsbedarfe -	Seite: 1 von 2

<b>Name der abgebenden Schule:</b>	<b>Name der schulischen Betreuungskraft</b> (Klassenlehrkraft, o.a. Fachkraft für Inklusion)
<b>Straße und Hausnummer:</b>	<b>Telefon:</b>
<b>Postleitzahl und Ort:</b>	<b>E-Mail:</b>

An die  
Berufsbildenden Schulen Cadenberge  
Im Park 4  
21781 Cadenberge

**Übergabeformular an die BBS Cadenberge**  
zur Meldung von Schülerinnen und Schüler mit Anspruch auf sonderpädagogischen  
Unterstützungsbedarf und/ oder Nachteilsausgleich

Angaben zur Schülerin bzw. zum Schüler

<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>	<b>Geburtsdatum:</b>
<b>Straße und Hausnummer:</b>	<b>Postleitzahl und Ort:</b>	<b>Geburtsort:</b>
<b>Telefonnummer:</b>	<b>Handynummer:</b>	<b>Geschlecht:</b>
<b>Voraussichtlicher Schulabschluss:</b>		
<b>Gewünschte Schulform / Ausbildungsberuf:</b>		

Angaben zum sonderpädagogischen Unterstützungsbedarf im Bereich (bitte ankreuzen)

Lernen	Geistige Entwicklung	Sozial- Emotionale Entwicklung	Sprache	Körperlich- motorische Einschränkungen	Hören	Sehen	Autismus
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Es liegt ein aktuelles sonderpädagogisches Fördergutachten vor. Ja \_\_\_ Nein \_\_\_

Es besteht Kontakt zur REHA-Beratung der Agentur für Arbeit Ja \_\_\_ Nein \_\_\_

C:\Users\Stefanie\Documents\Inklusion\Übergabeformular.SP- Unterstützungsbedarf.doc	Erstellt: 18.01.2023 / Kühlke Datum/Name	Letzte inhaltliche Änderung: 03.04.2023 / Kühlke Datum/Unterschrift	Geprüft:  Datum/Name	Freigegeben ab: 03.04.2023 / Kühlke Datum/Name
--	--	--	----------------------------	--

Kontaktdaten von zuständigen Personen der beratenden und unterstützenden Dienste

<b>Mobiler Dienst</b>	<b>Reha-Beratung</b>
<b>Ansprechpartner*in:</b>	<b>Ansprechpartner*in:</b>
<b>Telefon:</b>	<b>Telefon:</b>
<b>E-Mail:</b>	<b>E-Mail:</b>

Geplanter Zeitraum/ Termin der Berufswegekonferenz: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner\*in zur Berufswegekonferenz: \_\_\_\_\_  
(mit E-Mail)

**Zusätzliche Hinweise** (z.B. Medikamente, notwendige bauliche Maßnahmen, Schulbegleitung, Hilfsmittel etc.):

---



---



---



---



---

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der abgebenden Einrichtung

**Schweigepflichtsentbindung**

Ich bin damit einverstanden, dass alle zur Beschulung relevanten Daten meines Kindes zwischen der abgebenden und aufnehmenden Schule ausgetauscht werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift beider Eltern/ der Erziehungsberechtigten

C:\Users\Stefanie\Documents\Inklusion\Übergabeformular.SP-Unterstützungsbedarf.doc	Erstellt: 18.01.2023 / Kühlke Datum/Name	Letzte inhaltliche Änderung: 03.04.2023 / Kühlke Datum/Unterschrift	Geprüft:  Datum/Name	Freigegeben ab: 03.04.2023 / Kühlke Datum/Name
--	--	---	----------------------------	--