Schulnummer Schulstempel

**Bezirksregierung Düsseldorf \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Antrag auf Fortsetzung der sonderpädagogischen Unterstützung bei Schulwechsel in die Sekundarstufe II (§19(1) AO-SF)
Schüler/Schülerin:**

Nachname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geschlecht: [ ]  w [ ]  m

Vor-/Nachname der Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Anschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Abgebende Schule (Schulnummer): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

bisher festgestellter sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf in dem/den Förderschwerpunkt/en:

[ ]  Hören und Kommunikation (Schwerhörigkeit) [ ]  Körperliche und motorische Entwicklung

[ ]  Hören und Kommunikation (Gehörlosigkeit) [ ]  geistige Entwicklung

[ ]  Sprache [ ]  Sehen (Sehbehinderung)

[ ]  Autismus-Spektrum-Störung i.V. mit ….. [ ]  Sehen (Blindheit)

**[ ]** Laut beiliegendem begründeten Vorschlag der abgebenden Schule ist eine Fortführung der sonderpädagogischen Unterstützung in der Sekundarstufe II erforderlich.

**Zusätzlich beizufügende Unterlagen:**

Stellungnahme der aufnehmenden Schule gem. § 19 Abs. 4 und Abs. 5 der Vorgriffsregelung zur Änderung der AO-SF

Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten bzw. der volljährigen
Schülerin/des volljährigen Schülers

 Schulträgervotum einzuholen von der aufnehmenden Schule

Die Fortführung der sonderpädagogischen Unterstützung in der Sekundarstufe II wird beantragt.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift Schulleiter/in

**Erklärung der Erziehungsberechtigten zum Antrag**

Hiermit erklären wir uns/ erkläre ich mich mit dem Antrag auf Fortsetzung der sonderpädagogischen Unterstützung für meinen Sohn/ meine Tochter

einverstanden.

Datum Unterschrift

des/der Erziehungsberechtigten