

An:  
**Mobiler Sonderpädagogischer Dienst**  
**Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung**



Privates Förderzentrum Aschau  
Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung  
Bernauer Straße 18  
83229 Aschau im Chiemgau  
Tel.: 08052/171-1501  
Fax: 08052/171-1599  
Email: schule@bz-aschau.de

*Anmeldung für den Einsatz des  
Mobilen Sonderpädagogischen Dienstes (MSD)  
im Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung*

**Personenangaben:**

---

Name des Schülers Vorname Geb. Datum

---

Name der Erziehungsberechtigten Tel.:

---

Anschrift E-Mail

---

Diagnose der Körperbehinderung (nach Möglichkeit belegt durch Arztbrief mit ICD-10)

---

Schule Tel./Fax:

---

Klassenlehrer/in Tel.:

---

Sprechzeiten E-Mail

**Schullaufbahn:**

Klassen	1	(1A)	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Volksschule														
Förderschule														
Weiterführende Schule														

Zurückstellungen: \_\_\_\_\_ Wiederholungen: \_\_\_\_\_

**Körperliche und motorische Entwicklung:**

Kompetenz: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Handlungsbedarf: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Lern- und Leistungsverhalten:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Sozialverhalten (gegenüber Mitschülern, Lehrkräften) / Einschätzung der psychischen Befindlichkeit:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Kontakte Elternhaus/Schule:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bisherige Maßnahmen:**

(z.B. Beratungslehrer, Schulpsychologe, Therapeuten)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Fragestellung(en) an den Mobilen Sonderpädagogischen Dienst:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Die Angaben sind für unsere Arbeit sehr wichtig. Bitte schicken Sie diese baldmöglichst an uns zurück, damit wir einen Beratungstermin an Ihrer Schule vereinbaren können. Vielen Dank!

---

Ort, Datum

Klassenleitung

Schulleitung

An:  
**Mobiler Sonderpädagogischer Dienst  
Förderschwerpunkt körperliche und  
motorische Entwicklung**

Mobile  
Sonderpädagogische  
Dienste  
**MSD**

Privates Förderzentrum Aschau  
Förderschwerpunkt körperliche und motorische  
Entwicklung  
Bernauer Straße 18  
83229 Aschau im Chiemgau  
Tel.: 08052/171-1501  
Fax: 08052/171-1599  
Email: schule@bz-aschau.de

**kind**  
im zentrum  
chiemgau  
kiz

*Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten  
für den Einsatz  
des MSD im Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung*

---

Name des Schülers

Vorname

Geb. Datum

---

Name der Erziehungsberechtigten

E-Mail

---

Anschrift

Tel.:

- Wir sind darüber informiert worden, dass unser Kind dem **Mobil**en **Sonderpädagogischen Dienst** Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung (MSD FkmE) vorgestellt wird.
- Wir sind mit der Feststellung eines evtl. Sonderpädagogischen Förderbedarfs körperliche und motorische Entwicklung einverstanden.
- Wir sind damit einverstanden, dass die weitere Förderung mit den Lehrkräften unseres Kindes abgesprochen wird.

---

Die ausgetauschten Informationen unterliegen der Schweigepflicht. Diese Erklärung über das Einverständnis kann jederzeit schriftlich von den Personensorgeberechtigten widerrufen werden.

---

Ort, Datum

Unterschrift der Personensorgeberechtigten

- Ich handle im Einvernehmen mit dem anderen Elternteil
- Ich habe das alleinige Sorgerecht