

ANTRAG AUF ZUSÄTZLICHEN FÖRDERUNTERRICHT für das Schuljahr _____

für körper- oder sinnesbehinderte Schüler/innen an Bundesschulen

(nur bei Erstantrag bitte medizinische/psychologische Gutachten mit Befund nach ICD 10 / oder Pflegestufenbescheid mitschicken!)

Schüler/innendaten:

Familien- und Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

besuchte Schule: _____

Klassenstufe des kommenden Schuljahres: _____

Anzahl der laut Schulstufe vorgesehenen Stunden: _____ (nur für PAB auszufüllen)

Daten des/der Erziehungsberechtigten:

Familien- und Vorname: _____

Adresse (PLZ, Straße und Hausnr.): _____

Ich stimme zu, dass der sonderpädagogische Bericht Hören bzw. Sehen an die künftig besuchte Schule weitergegeben werden kann.

Datum: _____ Unterschrift (Erziehungsberechtigte/r oder volljährige/r Schüler/in)

Die Schulleitung beantragt:

1. zusätzlichen Förderunterricht von _____ Wochenstunde(n)/Werteinheiten durch Fachlehrer/innen der eigenen Schule = **BEHB**
2. eine sonderpädagogische Förderung von _____ Wochenstunde(n) durch Fachkräfte des MDS (Mobilen Diensts Sinne) = **BEHL**
3. Im Falle von Persönlicher Assistenz (**PAB**) wird Begleitung zum Schulstandort benötigt: JA ___ NEIN ___

Datum: _____ Unterschrift und Stempel der Schulleitung:

Bei eventuellen Rückfragen wenden Sie sich bitte an birgit.heinrich@bildung-sbg.gv.at oder 0662 8083 1074