Pfennigparade Das Rehabilitationszentrum in München	**Anmeldeformular**	**Ernst-Barlach-Schulen GmbH** **Barlachstraße 38, 80804 München** **Tel. 089-8393 6044, Fax. 089-8393 6045** **www.ebs-m.de**

Gewünschte Aufnahme in SVE (Vorschule): _____

Gewünschte Aufnahme in Klasse : _____

Aufnahme in Heilpädagogische Tagesstätte (nach §53/54) gewünscht:
☐ Ja
☐ Nein

Aufnahme in den Hort gewünscht:
☐ Ja
☐ Nein

Name und Vorname des Kindes Geschlecht: ☐ weiblich / ☐ männlich	Nachname	Vorname
Geburtsdatum:	Geburtsort:	
Bekenntnis:	Staatsangehörigkeit:	
Nicht deutsches Geburtsland:	Zuzugsdatum:	Nicht deutsche Sprachengruppe:
Anschrift:		
Telefonnummer:	Fax:	E-Mail:

Name Elternteil 1:		Geburtsdatum:
Anschrift:		
Telefonnummer:	privat:	dienstlich:
Familienstand:		erziehungsberechtigt: ☐ ja ☐ nein
Beruf:		ganztags / halbtags
Arbeitgeber/in:		

Name Elternteil 2:		Geburtsdatum: Geburtsname:
Anschrift:		
Telefonnummer:	privat:	dienstlich:
Familienstand:		erziehungsberechtigt: ☐ ja ☐ nein
Beruf:		ganztags / halbtags
Arbeitgeber/in:		

Geschwister Name und Geburtsjahr		
evtl. **andere Erziehungsberechtigte** oder Betreuer/innen (Name/Anschrift/Telefon)		

Besteht Förderbedarf im Bereich der körperlichen und motorischen Entwicklung? ☐ ja ☐ nein Besteht ein anderer Förderbedarf, wenn ja welcher ?

Diagnose:	seit wann?
Schwerwiegende OP: (z.B. Shunt, Herz-OP, Transplantation,…)	

Hilfsmittel: ☐ Elektrorollstuhl ☐ Rollstuhl ☐ Rollator ☐ Geh-/Stehapparat	☐ Gehstöcke ☐ Prothesen ☐ Atemgerät ☐ Pflege-/Stehbett ☐ Lifter	☐ WC-/Duschstuhl ☐ Stehbrett ☐ Kommunikationsgerät ☐ Esshilfe
Sonstiges:		

Pflegebedarf:

Hilfen erforderlich bei:	gelegentlich	häufig	ständig	Hilfen erforderlich bei:	gelegentlich	häufig	ständig
Aufstehen und Zubettgehen	☐	☐	☐	Waschen/Duschen/Baden	☐	☐	☐
Umlagern	☐	☐	☐	Zähneputzen/Kämmen	☐	☐	☐
Gehen/Stehen/Treppensteigen	☐	☐	☐	Toilettenbenutzung	☐	☐	☐
Nahrungszubereitung	☐	☐	☐	An- und Auskleiden	☐	☐	☐
Nahrungsaufnahme	☐	☐	☐	Kommunikation	☐	☐	☐
Anlegen/ Gebrauch von Hilfsmitteln	☐	☐	☐	Verabfolgung von Medikamenten	☐	☐	☐
Hauswirtschaftlicher Versorgung	☐	☐	☐	Blasen-/Darmentleerung	☐	☐	☐

Krampfanfälle	☐ ja ☐ nein		wann zuletzt?
Sonstige gesundheitliche Einschränkungen (z.B. Allergien, Diät)			
Medikamente			
Derzeit behandelnde Ärztin/Arzt, Psychologin/Psychologe, Beratungsstellen	Name:	Fachgebiet (Therapieart):	Anschrift / Telefon:

Angabe bisheriger Therapiearten: Häufigkeit pro Woche	☐ Krankengymnastik ___ je Woche ☐ Ergotherapie ___ je Woche ☐ Logopädie___ je Woche	☐ Therapeutisches Reiten ___ je Woche ☐ Therapeutisches Schwimmen ___ je Woche
Sonstiges:		

Für Aufnahme unbedingt erforderliche Unterlagen, wenn vorhanden:	**Wünschenswert:**
☐ Aktuelles Foto des Kindes	☐ Physiotherapeutischer Bericht
☐ Kopie der Geburtsurkunde	☐ Ergotherapeutischer Bericht
☐ Kopie aktueller Arztberichte	☐ Logopädischer Bericht
☐ Kopie des Behindertenausweises	☐ Psychologischer Bericht
☐ Kopie des Impfbuches	
☐ Kopie des letzten Schulzeugnis / Lernentwicklungsgesprächs	
☐ Kopie des Kindergartenberichts / Tagesstättenberichts (HPT)	

Krankenkasse ☐ Gesetzlich ☐ Privat	Name der Versicherung	Anschrift
Name des Versicherten		

Gewünschte Aufnahme für das Schuljahr 20 ..... / 20.....			
Schulvorbereitende Einrichtung			
Förderzentrum Grundschule	Jahrgangsstufe		
Förderzentrum Mittelschule	Jahrgangsstufe		
Derzeitiger Schulbesuch Jahrgangsstufe:…… Schulpflichtjahr:……	Name der Schule	Anschrift	
Derzeitige Einrichtung ☐ Frühförderung ☐ Kinderkrippe ☐ Kindergarten ☐ Schulvorbereitende Einrichtung ☐ Heilpädagogische Tagesstätte	Name der Einrichtung	Anschrift	

Zurückstellung vom Schulbesuch**:** ☐ ja ☐ nein	wann?
Einschulungsdatum:	Sprengelschule (Anschrift):

Bisherige Schullaufbahn			
Schulbesuchsjahr	Schuljahr	Jahrgangsstufe	Schulbezeichnung / Ort
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Ort, Datum Unterschrift

Stand: 2017-03-30