



# Sonderpädagogisches Förderzentrum München-West

Helmut-Schmidt-Allee 45 81249 München ☎089/233-64600 ✉sfz-muenchen-west@muenchen.de

## MSH-Antrag

### Antrag auf Unterstützung durch die Mobile Sonderpädagogische Hilfe

Stempel d. Einrichtung	Gruppe: _____
	Ansprechpartner: _____
	Kontakt: _____
	E-Mail: _____

**ANLIEGEN:** (Ihre Unterschrift ist nur am Ende Ihres Antrags erforderlich)

- Kollegiale Beratung (Bitte füllen Sie Nr. 1 aus)
- Förderdiagnostik/-beratung für 0-4 Jährige (Bitte füllen Sie Nr. 2 B aus)
- Einschulungsdiagnostik/-beratung f. 5-6 Jährige (Bitte füllen Sie Nr. 2A od. 2B u. 3 aus)

### 1. KOLLEGIALE BERATUNG

Sie wünschen Sich für Ihre Gruppe Tipps, Anregungen, Beratung zur ...

- basalen Förderung (Feinmotorik, Motorik, Wahrnehmung)
- Sprachförderung
- Förderung der Merkfähigkeit und Kognition
- emotional-soziale Entwicklung
- Elternarbeit

Bitte beschreiben Sie, worum es genau geht.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift d. verantw. Erzieher/in



## Sonderpädagogisches Förderzentrum München-West

Helmut-Schmidt-Allee 45 81249 München ☎089/233-64600 ✉sfz-muenchen-west@muenchen.de

### 2. FÖRDERDIAGNOSTIK/ -BERATUNG / FÖRDERUNG

In Ihrer Gruppe ist ein Kind, das offensichtlich Förderbedarf aufweist. Sie wünschen die Unterstützung durch die MSH.

#### 2 A: BEKANNTER MSH-FALL:

Das Kind wurde bereits im letzten Jahr von der MSH betreut.

Name d. Kindes: \_\_\_\_\_

Name d. MSH-Mitarbeiterin: \_\_\_\_\_

Schweigepflichtentbindung und Einverständniserklärung der Eltern liegen vor

Frühförderstelle ist involviert: \_\_\_\_\_  
Name

Jugendamt ist involviert: \_\_\_\_\_  
Sachbearbeiter

Anderer MSH ist involviert: \_\_\_\_\_  
Name

Ein KJP-Gutachten liegt vor.

Bisherige Maßnahmen/Therapien/Diagnosen: \_\_\_\_\_

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

Bitte beschreiben Sie kurz Ihr aktuelles Anliegen an die MSH.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift d. verantw. Erzieher/in



# Sonderpädagogisches Förderzentrum München-West

Helmut-Schmidt-Allee 45 81249 München ☎089/233-64600 ✉sfz-muenchen-west@muenchen.de

## 2 B: NEUANTRAG:

(Die Bearbeitung ist nur möglich, wenn zugleich Schweigepflichtentbindung und Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten vorgelegt und der MSH die Beobachtungen des Kindergartens/HPT sowie ggf. vorliegende Berichte zugänglich gemacht werden!)

Name d. Kindes \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_ Muttersprache d. Kindes \_\_\_\_\_

Aufenthaltsstatus \_\_\_\_\_ in D seit \_\_\_\_\_ Nationalität d. Kindes \_\_\_\_\_

Wohnort: Straße Hausnr. \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Name d. Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_ Telefonnummer \_\_\_\_\_

**Kindergartenbesuch** seit \_\_\_\_\_ Std./tägl.

regelmäßig  nicht regelmäßig, wegen \_\_\_\_\_

**Beschreiben Sie kurz Ihre Beobachtungen bezüglich des Förderbedarfs:**

---

---

**Stärken d. Kindes / Ressourcen der Familie:** \_\_\_\_\_

---

**Belastungen d. Kindes / Familie:** \_\_\_\_\_

---

**Bisherige Maßnahmen/Therapien/Diagnosen:** \_\_\_\_\_

---

**Bitte beschreiben Sie kurz Ihr aktuelles Anliegen an die MSH:**

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift d. verantw. Erzieher/in \_\_\_\_\_



## Sonderpädagogisches Förderzentrum München-West

Helmut-Schmidt-Allee 45 81249 München ☎089/233-64600 ✉sfz-muenchen-west@muenchen.de

### 3. EINSCHULUNGSDIAGNOSTIK/-BERATUNG:

In Kooperation mit der MSH bieten wir am Beratungszentrum des Sonderpädagogischen Förderzentrums (Helmut-Schmidt-Allee 45, Tel: 089/ 233 646 41) eine umfassende Einschulungsdiagnostik und Beratung der Erziehungsberechtigten an.

- Das o.g. Kind wurde bereits für dieses Schulj. vom Schulbesuch zurückgestellt.
- Das o.g. Kind ist im kommenden Schuljahr schulpflichtig.
- Das o.g. Kind besucht derzeit den Vorkurs Deutsch.
- Sprengelschule ist

- 
- Das o.g. Kind wurde bereits von der MSH betreut.
  - Es liegen bereits Berichte zum Förderbedarf des o.g. Kindes vor. Welche?

- 
- Die Eltern kooperieren mit Ihnen.
  - Die Eltern befürworten einen Austausch mit der Grundschule.

**Sie beobachten bei o.g. Kind Auffälligkeiten in folgenden Bereichen:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> auditive Wahrnehmung         | <input type="checkbox"/> visuelle Wahrnehmung      |
| <input type="checkbox"/> Körperwahrnehmung            | <input type="checkbox"/> Grobmotorik               |
| <input type="checkbox"/> Auge-Hand-Koordination       | <input type="checkbox"/> Merkfähigkeit auditiv     |
| <input type="checkbox"/> Denken / Schlussfolgern      | <input type="checkbox"/> Merkfähigkeit allg.       |
| <input type="checkbox"/> Sprachverständnis            | <input type="checkbox"/> Sprachentwicklung         |
| <input type="checkbox"/> Artikulation                 | <input type="checkbox"/> Kommunikation/Interaktion |
| <input type="checkbox"/> emotionale Entwicklung       | <input type="checkbox"/> Soziale Entwicklung       |
| <input type="checkbox"/> Regelverhalten               | <input type="checkbox"/> Arbeits-/Spielverhalten   |
| <input type="checkbox"/> Aufmerksamkeit/Konzentration | <input type="checkbox"/> motorische Unruhe         |
| <input type="checkbox"/> lebensprakt. Fähigkeiten     | <input type="checkbox"/> _____                     |

Ort/Datum

Unterschrift d. verantw. Erzieher/in



# Sonderpädagogisches Förderzentrum München-West

Helmut-Schmidt-Allee 45 81249 München ☎089/233-64600 ✉sfz-muenchen-west@muenchen.de

**Liebe Eltern,**

**um frühzeitig Kindern mit Auffälligkeiten in**

- Sprache
- Fein- und Grobmotorik
- emotionales und soziales Verhalten
- Arbeitsverhalten
- Aufmerksamkeit und Konzentration
- Merkfähigkeit
- Wahrnehmung

**helfen zu können, bietet das Sonderpädagogische Förderzentrum München West eine so genannte „Mobile Sonderpädagogische Hilfe“ mit folgenden Schwerpunkten an:**

- Beobachtung, Gespräche, Tests bzw. Screeningverfahren
- Elterngespräche, Beratung, Austausch über den festgestellten Förderbedarf
- Gespräche mit Erziehern und anderen an der Erziehung beteiligten Personen

**In Kooperation mit der MSH bieten wir am Beratungszentrum des Sonderpädagogischen Förderzentrums (Helmut-Schmidt-Allee 45, Tel: 089/ 233 646 41) eine umfassende Einschulungsdiagnostik und Beratung an.**

**Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten:**

Wir sind einverstanden, dass unser Kind durch die Mobile Sonderpädagogische Hilfe betreut wird. Mit der Durchführung der erforderlichen Tests und diagnostischen Übungsverfahren sind wir einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/en (Erziehungsberechtigte)



# Sonderpädagogisches Förderzentrum München-West

Helmut-Schmidt-Allee 45 81249 München ☎089/233-64600 ✉sfz-muenchen-west@muenchen.de

## Entbindung von der Schweigepflicht

Betreffend :

Name, Vorname des Kindes:	
geboren am:	
Anschrift:	

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass sich	(Name der Lehrkraft)
	(Schulname)

bezüglich meines/unseres Kindes mit im folgender genannter Person schriftliche und mündliche Informationen austauschen darf.

<b>Name:</b>	<b>Einrichtung:</b>
Person(en) der diagnostizierenden Einrichtung	(Klinik, HPT, Kita, Ergotherapeut, Hausarzt, Amt für Jugend und Familie, Fachdienste...)

Zum Zwecke:

--

Datum	Unterschrift(en) der Personensorgeberechtigten
-------	--

Die ausgetauschten Informationen unterliegen der Schweigepflicht. Diese Erklärung über die Befreiung der Schweigepflicht kann jederzeit schriftlich von den Personenberechtigten widerrufen werden.

\* Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift, dass er im Einvernehmen mit dem anderen Elternteil handelt oder dass ihm das Sorgerecht alleine zusteht.



# Sonderpädagogisches Förderzentrum München-West

Helmut-Schmidt-Allee 45 81249 München ☎089/233-64600 ✉sfz-muenchen-west@muenchen.de

## *Einverständniserklärung*

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass mein / unser Sohn, meine / unsere Tochter

\_\_\_\_\_ /  
Name, Vorname

geboren am \_\_\_\_\_ im Rahmen einer Diagnostik und Beratung vom Mobilien Sonderpädagogischen Dienst (MSD) des Sonderpädagogischen Förderzentrums München-West mit einem standardisierten Intelligenzverfahren getestet wird.

Name der **Mutter**: \_\_\_\_\_

Anschrift, Telefon: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Name des **Vaters**: \_\_\_\_\_

Anschrift, Telefon: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Andere Erziehungsberechtigte:

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift, Telefon: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift(en) des / der Erziehungsberechtigten