



# Sonderpädagogisches Förderzentrum München-West

## Beratungszentrum

Helmut-Schmidt-Allee 45 81249 München ☎089/233-64641 ✉sfz-muenchen-west@muenchen.de

### Anmeldung zur Einschulungsberatung

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Nationalität	
Geburtsort		Zuzug nach Deutschland	
Sprache(n) der Eltern		Sprache(n) des Kindes	
Erziehungsberechtigte			
Telefonnummern			
Emailadressen			
Kindertagesstätte			
Sprengelgrundschule			

**Bitte beschreiben Sie kurz Ihr aktuelles Anliegen an das Beratungsteam:**



# Sonderpädagogisches Förderzentrum München-West

## Beratungszentrum

Helmut-Schmidt-Allee 45 81249 München ☎089/233-64641 ✉sfz-muenchen-west@muenchen.de

### In welchen Bereichen gab oder gibt es Auffälligkeiten in der Entwicklung Ihres Kindes?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hören, auditive Wahrnehmung                 | <input type="checkbox"/> Sehen, 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, Selbstständigkeit |  |
| <input type="checkbox"/> _____                                       | <input type="checkbox"/> _____                       |

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

---

---

---

---

---

### Stärken d. Kindes / Ressourcen der Familie:

---

---

---

---

---



# Sonderpädagogisches Förderzentrum München-West

## Beratungszentrum

Helmut-Schmidt-Allee 45 81249 München ☎089/233-64641 ✉sfz-muenchen-west@muenchen.de

### Belastungen d. Kindes / Familie:

---

---

---

### Bisherige Maßnahmen/Therapien/Diagnosen:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Durch wen wurden Sie auf uns aufmerksam?

---

Sollte ein sonderpädagogischer Förderbedarf vorliegen, möchten Sie grundsätzlich eine  
Beschulung am SFZ München-West?

Ja

Nein

Ort/Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten



# Sonderpädagogisches Förderzentrum München-West

## Beratungszentrum

Helmut-Schmidt-Allee 45 81249 München ☎089/233-64641 ✉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/unsere Kindes mit im folgender genannter Person schriftliche und mündliche Informationen austauschen darf.

Name:	Einrichtung:
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

## Beratungszentrum

Helmut-Schmidt-Allee 45 81249 München ☎089/233-64641 ✉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 durch das Beratungszentrum 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

\* 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

## Beratungszentrum

Helmut-Schmidt-Allee 45 81249 München ☎089/233-64641 ✉sfz-muenchen-west@muenchen.de

**Bitte senden Sie die ausgefüllten Unterlagen:**

**per Post:**

SFZ München-West  
Beratungszentrum

Helmut-Schmidt-Allee 45  
81249 München

oder

**Per Fax:**

089/233-64644

oder

**Per Email:**

[c.brida@sfz-west.muenchen.musin.de](mailto:c.brida@sfz-west.muenchen.musin.de)

oder

[sonja.abdelaziz@sfz-west.muenchen.musin.de](mailto:sonja.abdelaziz@sfz-west.muenchen.musin.de)

**Zu einem Beratungsgespräch sollten Sie möglichst folgende Unterlagen mitbringen:**

- gelbes Untersuchungsheft (U-Heft)
- Impfpass (Masernimpfungen)
- rSEU (Gesundheitsuntersuchung zur Einschulung)
- Berichte und Stellungnahmen von Therapeuten und Ärzten
- Beobachtungsbogen der Kindertagesstätte
- Ausweise (von Kind und Erziehungsberechtigten)
- Geburtsurkunde
- Evtl. Zurückstellungsbescheid
- Wenn vorhanden: Sorgerechtsbescheid

Falls Sie lieber in Ihrer Erstsprache beraten werden wollen, denken Sie bitte daran einen Dolmetscher mitzubringen.



# Sonderpädagogisches Förderzentrum München-West

## Beratungszentrum

---

Helmut-Schmidt-Allee 45 81249 München ☎089/233-64641 📧[sfz-muenchen-west@muenchen.de](mailto:sfz-muenchen-west@muenchen.de)