

--

Name:		Geburtsdatum:	
Vorname:		Alter	
m w divers			
Straße:		PLZ/ Wohnort:	
Erziehungsberechtigte / <u>Mutter</u>:			Sorgerecht:
Name			
Adresse			Sorgerecht:
Erziehungsberechtigter/ <u>Vater</u>:			
Name			
Adresse			
Sonstige			



Über die Weitergabe von Schüler:innendaten an das ReBUZ sind **die Erziehungsberechtigten zu informieren**, es sei denn, der Schutz einer oder eines Betroffenen verbietet dies (§4 BremSchulDSG).

Schule:	Klassenlehrer:in/ Tutor:in:
Klasse: / Schulbesuchsjahr:	Name
Datum der Einschulung:	
	Dienstliche E-Mail-Adresse Klassenleitung/Tutor:in
Beteiligte Dienststellen	

1. In welchen Bereichen sehen Sie bei der/dem Schüler/in besondere Schwierigkeiten oder einen besonderen Unterstützungsbedarf? (Bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Lesekompetenzen	<input type="checkbox"/> Umgang mit Lehrkräften
<input type="checkbox"/> Rechtschreibkompetenzen	<input type="checkbox"/> Umgang mit Mitschüler:innen
<input type="checkbox"/> Zahl- und Mengenverständnis/ Grundrechenarten	<input type="checkbox"/> Soziale Ängstlichkeit
<input type="checkbox"/> Lernmotivation	<input type="checkbox"/> Impulssteuerung
<input type="checkbox"/> Lern- und Arbeitsweise	<input type="checkbox"/> Aggressives Verhalten
<input type="checkbox"/> Sprache und Sprechen	<input type="checkbox"/> Selbstverletzendes Verhalten
<input type="checkbox"/> Aufmerksamkeit / Konzentration	<input type="checkbox"/> psychosoziale Belastungen
<input type="checkbox"/> Motorik	<input type="checkbox"/> Sucht/ Essverhalten
<input type="checkbox"/> Prüfungsangst	<input type="checkbox"/> persönliche Konflikte
<input type="checkbox"/> Kontakt Eltern - Schule	<input type="checkbox"/> familiäre Konflikte
<input type="checkbox"/> Sinnesbeeinträchtigungen (Hören/ Sehen):	<input type="checkbox"/> Mobbing
<input type="checkbox"/> Schullaufbahnberatung	<input type="checkbox"/> Sonstiges
<input type="checkbox"/> Schulvermeidung (plus Anwesenheits-/ Fehlzeitenliste und Maßnahmenauflistung)	

Bemerkungen/ Besonderheiten (z.B. Muttersprache, Autismus-Spektrum-Störung, Isolation)
2. <u>Bisherige Maßnahmen</u> (schulische und/oder externe Diagnostik / Förderung/ Unterstützung) <u>Hinweis:</u> Bei Schulvermeidung zu diesem Punkt nur das separate Formular „Maßnahmenauflistung Schule“ ausfüllen und mit dem Schulvermeidungsbogen (Fehlzeitenliste) dieser Beratungsanfrage anhängen
3. <u>Stärken, besondere Fähigkeiten</u>
4. <u>Welches Anliegen haben Sie?</u>

Datum / Verfasser:in / Funktion

Datum / Unterschrift ZuP- / Schulleitung

Maßnahmenauflistung bei Schulvermeidung: Was wurde von Schule/ von Ihnen – analog dem Handlungsleitfaden – bisher unternommen ?

Die **fett** gedruckten Maßnahmen sind verbindlich einzutragen!

Maßnahmen		Datum / Daten	Ergebnis
Phase 1 Interventionsplanung und Klärung	Gespräch mit den Erziehungsberechtigten		
	Gespräch mit Schüler:in		
	Einbeziehen von Mitschüler:innen		
	Einbeziehen von Fachlehrkräften		
	Hausbesuch (wenn nach drei Tagen kein Kontakt zu den Sorgeberechtigten hergestellt werden konnte)		
	Zusammenarbeit mit <input type="checkbox"/> Schulsozialarbeiter:in Herr/Frau <input type="checkbox"/> Beratungslehrer:in Herr/Frau		
Phase 2 Reaktionssteigerung	Information an und Abstimmung mit der ZuP/Schulleitung		
	Erneute Gespräche mit Erziehungsberechtigten Evtl. mit der Fragestellung nach bestehender externer Unterstützung für die Familie. Ziele vereinbaren		
	Fallgespräch mit ZuP und Lehrkräften ggf. unter Einbezug von ReBUZ und/ oder weitere Fachdienste		
	Erzieherische Maßnahmen bzw. Ordnungsmaßnahmen / Sanktionen Klassenkonferenz		
Phase 3 Meldepflicht an ReBUZ	Welche weiteren Institutionen wurden zusätzlich eingeschaltet? (ggf. in Absprache mit ZuP)		
	• Allgemeiner Sozialdienst Case-Manager:in Herr/Frau		
	• Kinder- und Jugendärztlicher Gesundheitsdienst Herr/Frau		
	• Kinder- und Jugendpsychiatrische Einrichtung Herr/Frau		
	• Kontaktpolizist:in Herr/Frau		
• Sonstige			

Schulvermeidungsbogen (Fehlzeitenliste) bitte beifügen.