|  |  |
| --- | --- |
| **Bundesstadt Bonn**  **Der Oberbürgermeister**  **Amt für Soziales und Wohnen/ Amt für Kinder, Jugend und Familie** | **Datum:** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Bericht der Schule/OGS zur Beantragung einer Integrationsassistenz** | |
|  | |
| **Grundsätzliche Angaben:** | |
| Name der Schülerin/des Schülers: | Vorname der Schülerin/des Schülers: |
| Geburtsdatum: | Schulklasse für den beantragten Zeitraum (z.B. 5a, C 2, Lernstufe 1…): |
| Namen der Eltern/Personensorgeberechtigten: | |
| Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort): | |
| Telefon: | E-Mail: |
|  | |
| **Angaben zur Schule:** | |
| Name der Schule: | Name der Ansprechpartnerin/des Ansprechpartners: |
| Anschrift: | |
| Telefon: | E-Mail: |
|  |  |
| Anzahl der Schülerinnen/Schüler mit Integrationsassistenz in der Klasse |  |
| Anzahl der Schülerinnen/Schüler mit Integrationsassistenz in der OGS |  |
| Anzahl der Schülerinnen/Schüler mit Integrationsassistenz in der Schule |  |

|  |
| --- |
| **Anlass für die Beantragung einer Integrationsassistenz:** |
| **1.Bereich Selbstständigkeit/Alltagsbewältigung:** |
| **Das Kind/der Jugendliche braucht Unterstützung im Bereich Fortbewegung** **ja** **nein**  **im Bereich Feinmotorik** **ja** **nein**  **Kurze Beschreibung des Bedarfs:** |
| **Das Kind/der Jugendliche braucht Unterstützung bei der Orientierung in den Räumlichkeiten** **ja** **nein**  **Kurze Beschreibung des Bedarfs :** |
| **Das Kind/der Jugendliche braucht Unterstützung beim selbstständigen Essen** **ja** **nein**  **Kurze Beschreibung des Bedarfs :** |
| **Das Kind/der Jugendliche braucht Unterstützung beim An- und Ausziehen von Kleidungsstücken** **ja** **nein**  **bei der Toilettenhygiene** **ja** **nein**  **Kurze Beschreibung des Bedarfs:** |
| **Das Kind/der Jugendliche braucht Unterstützung bei der Einschätzung von Gefahren** **ja** **nein**  **Kurze Beschreibung des Bedarfs:** |
| **Das Kind/der Jugendliche nutzt individuelle Hilfsmittel** **ja** **nein**  **Wenn ja, welche und seit wann?** |
|  |
| **Bitte beschreiben Sie auch, wenn das Kind/der Jugendliche im Bereich Selbstständigkeit/Alltagsbewältigung besondere Stärken zeigt** |
| **2. Bereich Kommunikation und Sprache:** |
| **Das Kind/der Jugendliche braucht Unterstützung ,um sich verständlich und zusammenhängend auszudrücken** **ja** **nein**  **Kurze Beschreibung des Bedarfs:** |
| **Das Kind/der Jugendliche benötigt unterstützende Kommunikationshilfen** **ja** **nein**  **Wenn ja, welche und seit wann?** |
| **Bitte beschreiben Sie auch, wenn das Kind/der Jugendliche im Bereich im Bereich Kommunikation/ Sprache besondere Stärken zeigt** |
| **3.Bereich emotionale und soziale Fähigkeiten/Lernverhalten/Verhalten im Unterricht** |
| **Das Kind/der Jugendliche braucht Unterstützung, um Wünsche, Interessen und Bedürfnisse zu äußern** **ja** **nein**  **Kurze Beschreibung des Bedarfs:** |
| **Das Kind/der Jugendliche braucht Unterstützung, um Kontakt aufzunehmen**  **mit Gleichaltrigen** **ja** **nein**  **mit Erwachsenen** **ja** **nein**  **Kurze Beschreibung des Bedarfs :** |
| **Das Kind/der Jugendliche braucht Unterstützung, um ausdauernd und konzentriert zu lernen** **ja** **nein**  **Kurze Beschreibung des Bedarfs:** |
| **Das Kind/der Jugendliche braucht besondere Unterstützung, um selbstständig zu arbeiten** **ja** **nein**  **Kurze Beschreibung des Bedarfs:** |
| **Das Kind/der Jugendliche braucht Unterstützung in Konfliktsituationen** **ja** **nein**  **Kurze Beschreibung des Bedarfs :** |
| **Das Kind/der Jugendliche braucht Unterstützung, um auf die Bedürfnisse anderer einzugehen** **ja** **nein**  **Kurze Beschreibung des Bedarfs:** |
| **Das Kind/der Jugendliche braucht Unterstützung, um aktiv teilzuhaben**  **an Gruppenangeboten** **ja** **nein**  **an offenen Angeboten wie z.B. in Pausen** **ja** **nein**  **in der Übermittagsbetreuung** **ja** **nein**  **in der OGS** **ja** **nein**  **bei Klassenfahrten/Lesenächten u.ä.** **ja** **nein**  **Kurze Beschreibung des Bedarfs :** |
| **Das Kind/der Jugendliche braucht Unterstützung, um Regeln und Absprachen einzuhalten** **ja** **nein**  **Kurze Beschreibung des Bedarfs:** |
|  |
| **Bitte beschreiben Sie auch, wenn das Kind/der Jugendliche im Bereich emotionale und soziale Fähigkeiten besondere Stärken zeigt** |
| **4.Pflegerischer/medizinischer Bedarf:** |
| **Das Kind/der Jugendliche benötigt regelmäßig Medikamente innerhalb der Betreuungszeit in Schule/OGS** **ja** **nein**  **Wenn ja, welche Medikamente**    **Notfallmedikamente** **ja** **nein**  **Wenn ja, welche Medikamente** |
| **Das Kind/der Jugendliche hat Kontaktallergien/Nahrungsmittelunverträglichkeiten** **ja** **nein**  **Beschreibung des besonderen Betreuungsbedarfs/besonderer Vorsichtsmaßnahmen in Schule/OGS aufgrund der Allergie:** |
| **Das Kind/der Jugendliche hat eine chronische Erkrankung** **ja** **nein**  **Name der chronischen Erkrankung:**    **Beschreibung des besonderen Betreuungsbedarfs/der besonderen Behandlungsnotwendigkeiten aufgrund der chronischen Erkrankung in Schule/OGS:** |
| **5.Therapeutischer Bedarf:** |
| **Das Kind/der Jugendliche braucht während der Betreuungszeit in Schule/OGS therapeutische Behandlung** **ja** **nein**  **Welche Therapien:**    **Das Kind/der Jugendliche braucht außerhalb von Schule/OGS therapeutische Behandlung** **ja** **nein**  **Welche Therapien:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Maßnahmen der Schule/OGS zur Unterstützung des Kindes:** | |
| Sonderpädagogische Unterstützung: ja nein | Antrag auf AO-SF: ja nein |
| Welche Fördermaßnahmen finden statt? | |
| Gewährung von Nachteilsausgleichen ja nein | |
| Genauere Beschreibung der (geplanten) Nachteilsausgleiche | |
| Welche Möglichkeiten hat die Schule/OGS, auf den pflegerisch/medizinischen Bedarf des Kindes/Jugendlichen einzugehen? (z.B. Schulungen zum Umgang mit Erkrankungen wie Diabetes, Epilepsie, Allergien oder entsprechende Erfahrungen bei der Beschulung anderer chronisch erkrankter Kinder) | |
|  | |
| Information/Fortbildung und Beratung der Lehrer/OGS MitarbeiterInnen z.B. schulinterne Lehrerfortbildungen; private Fortbildungen bezogen auf den Bedarf des Kindes/des Jugendlichen | |
|  | |
| Hat die Schule/OGS andere Beratungsressourcen genutzt? (z.B. durch Schulpsychologie oder die Autismusbeauftragte(n) der Stadt Bonn. Wenn ja, bitte das Ergebnis beifügen) | |
|  | |
| Schulinterne Absprachen z.B. Stundenreduzierung, Hausaufgabenreduzierung bzw. –strukturierung, Organisation der Pausen | |
| Maßnahmen der inneren Differenzierung z.B. Berücksichtigung der Wahrnehmungsbesonderheiten, Strukturierungshilfen, Sitzordnung | |
|  | |
| Haben Förderkonferenzen für die betreffende Schülerin/den Schüler stattgefunden? Wenn ja, wie viele und wann? Bitte Protokolle bzw. Förderpläne und/oder indiv .Maßnahmenkataloge beifügen | |
|  | |
| Absprachen mit den Personensorgeberechtigten z.B. Austausch/Dokumentation über Therapie. Gibt es bereits Hilfe zur Erziehung oder ähnliche familienunterstützende Maßnahmen in der Familie? Außerhalb der Schulzeit: z.B. Familienunterstützender Dienst, Jugendgruppe, Offene Tür etc? | |
|  | |
| Sonstiges: | |

|  |
| --- |
| **Welche Ziele kann das Kind/der Jugendliche durch die Integrationsassistenz erreichen?** |
| Bereich Selbstständigkeit / Alltagsbewältigung: |
| Bereich Kommunikation / Interaktion /Sprache: |
| Bereich emotionale und soziale Fähigkeiten/Lernverhalten/Verhalten im Unterricht |
| Bereich pflegerischer/medizinischer Bedarf: |
| Sonstiges: |

|  |
| --- |
| **Bei Verlängerung der Integrationsassistenz:**  **Angaben zur bisherigen Zielerreichung durch den Einsatz von Integrationsassistenz**  **bezogen auf die letzte Hilfeplanung:** |
| Bereich Selbstständigkeit/ Alltagsbewältigung: |
| Bereich Kommunikation /Interaktion und Sprache: |
| Bereich emotionale und soziale Fähigkeiten / Lernverhalten/Verhalten im Unterricht: |
| Bereich pflegerischer /medizinischer Bedarf: |
| Sonstiges: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Bei Verlängerung der Integrationsassistenz:**  **Neue Ziele, die mit Hilfe der Integrationsassistenz erreicht werden sollen:** | |
| Bereich Selbstständigkeit/Alltagsbewältigung: | |
| Bereich Kommunikation/Interaktion und Sprache: | |
| Bereich emotionale und soziale Fähigkeiten/Lernverhalten/ Verhalten im Unterricht: | |
| Bereich pflegerischer/medizinischer Bedarf: | |
| Sonstiges: | |
| Unterschrift Klassenlehrerin / Klassenlehrer/OGS-Leitung | Unterschrift Schulleitung |