**Beschluss der Schulbehörde zur Zustimmung oder Ablehnung einer InS**

InS Kind: ***Name Vorname, geb.***

|  |  |
| --- | --- |
|  | Geistige Behinderung/ ausgeprägter Entwicklungsrückstand |
|  | Bewegungs- und Sinnesbehinderung |
|  | Verhaltensstörung |
|  | Sprachstörung |
|  | Mehrfachbehinderung |

**Sonderschulbedarf auf Grund von (bitte ankreuzen)**

|  |
| --- |
| *z.B. Therapien, DaZ, UA, SHP,…* |

Bisherige Massnahmen der Schule zum individuellen Förderbedarf

**Grundlagen**

Grundhaltung der Schule zur Förderung von Kindern und Jugendlichen mit Sonderschulbedarf gemäss Förderkonzept

|  |
| --- |
|  |

**Beurteilung/ Einschätzung Schule**

Was tragen folgende Kriterien zum Gelingen der InS bei (bitte ankreuzen):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | viel | wenig |
| Soziales Umfeld, Engagement der Erziehungsberechtigten |  |  |
| Kooperation Eltern-Schule |  |  |
| Zusammensetzung der SuS in der vorgesehenen Klasse |  |  |
| Klassengrösse der vorgesehenen Klasse |  |  |
| Ressourcen/ Belastbarkeit der Klassenlehrperson |  |  |
| Bisherige Unterstützung (SHP/UA/S+F/…) |  |  |
| Zusätzliche finanzielle Unterstützung für InS |  |  |
| Räumliche Verhältnisse |  |  |
|  |  |  |

Präzisierung / Bemerkungen zu den Einschätzungen:

**Beschluss zur InS:** ja nein

Begründung einer allfälligen Ablehnung:

Ort, Datum Unterschrift Präsidium