

# Katharina-Fischer-Schule

## Sonderpädagogisches Förderzentrum Erding

Wilhelm-Bachmair-Straße 7, 85435 Erding

Tel: 08122/22707 - 0

Fax: 08122/22707-2727

E-Mail: schulstart@sfz-erding.de



### Elternfragebogen

#### 1. Kind

Name und Vorname des Kindes		Geburtsdatum	Geburtsort evtl. Zuzug am:
Staatsangehörigkeit	Familiensprache		Religion
Straße und Hausnummer	Postleitzahl, Wohnort		Telefonnummern

#### 2. Erziehungsberechtigte

Art: Mutter, Vater, etc.	Name und Vorname	Beruf
Straße und Hausnummer	Postleitzahl, Wohnort	Telefonnummern

#### 3. Weiterer Erziehungsberechtigter

Art: Mutter, Vater, etc.	Name und Vorname	Beruf
Straße und Hausnummer	Postleitzahl, Wohnort	Telefonnummern

#### 4. Weitere Personen, die im Notfall benachrichtigt werden dürfen

---

#### 5. Erziehungsberechtigung

- ☐ gemeinsames Sorgerecht
- ☐ alleiniges Sorgerecht (Bitte Kopie Sorgerechtsbeschluss beilegen)

#### 6. Gewünschte Betreuungsform

<input type="checkbox"/> Betreuung bis 12.15 Uhr (Halbtag)
<input type="checkbox"/> Betreuung bis 15.30 Uhr (Ganztage)

## 7. Welche Einrichtung hat das Kind bisher besucht?

<input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> HPK <input type="checkbox"/> Schule	<i>Name, Anschrift, Ansprechpartner</i>
Mein Kind hat einen <input type="checkbox"/> Individualbegleiter <input type="checkbox"/> Integrationsplatz	

## 8. Bisherige Therapien

<input type="checkbox"/> Ergotherapie	von _____	bis _____
<input type="checkbox"/> Logopädie	von _____	bis _____
<input type="checkbox"/> Psychotherapie	von _____	bis _____
<input type="checkbox"/> Frühförderstelle	von _____	bis _____
<input type="checkbox"/> _____	von _____	bis _____

## 9. Ansprechpartner der Jugendhilfe (Jugendamt)

<input type="checkbox"/> Jugendamt	von _____	bis _____
<input type="checkbox"/> Familienhilfe	von _____	bis _____
<input type="checkbox"/> HPT	von _____	bis _____
<input type="checkbox"/> Erziehungs- beistandsschaft	von _____	bis _____
<input type="checkbox"/> Erziehungs- beratungsstelle	von _____	bis _____

## 10. Medikation / Behandlung

Mein Kind nimmt regelmäßig folgende Medikamente:

---

---

Behandelnde Ärzte/Ärztinnen:

---

---

## 11. Schweigepflichtsentbindung

Wir erklären uns damit einverstanden, zur optimalen Förderung unseres Kindes, mit allen an der Erziehung und Förderung beteiligten Personen zusammen zu arbeiten.

Dazu gehört,

- dass wir regelmäßig zu Gesprächen mit den Lehrkräften bereit sind,
- dass wir jederzeit für die Schule erreichbar sind und unser Kind im Falle von Krankheit oder vorübergehender Nichtbeschulbarkeit abholen,
- dass wir die beteiligten Fachkräfte untereinander von der Schweigepflicht entbinden.

***Wir stimmen ausdrücklich zu, dass alle mündlichen und schriftlichen Informationen, die für die Förderung unseres Kindes von Bedeutung sind, eingeholt und bei Bedarf an die betreffenden Fachkräfte untereinander weitergegeben werden dürfen. Dies gilt für alle Mitarbeiter innerhalb der Katharina-Fischer-Schule und darüber hinaus für folgende Fachdienste:***

Funktion	Ansprechpartner / Name	Telefonnummer	Unterschrift
Kindergarten			
Ergotherapie			
Logopädie			
Psychotherapie			
Frühförderstelle			
Jugendamt			
Erziehungs- beratungsstelle			
Erziehungs- beistandschaft			

\* unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.

**E-Mail für die Kommunikation (bitte in Druckbuchstaben):**

---

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner oben gemachten Angaben.

.....  
Unterschrift aller Erziehungsberechtigten / des Vormunds