

Wolfgang-Borchert-Schule

Förderzentrum
Förderschule mit Schwerpunkt Lernen / Sprachheilklassen

Bürgerweide 16, 21423 Winsen an der Luhe
Tel.: 04171/4137, Fax: 04171/782304
Mail: info@wbs-winsen.de

Aufnahmedatum: _____



Anmeldung zur Aufnahme in dem TimeOut-Projekt

Angaben zum Kind:

Nachname	
Vorname(n) (Rufname unterstreichen)	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Staatsangehörigkeit	
Einschulungsdatum Grundschule	
aktuelle Klasse	
Religionszugehörigkeit	
Anschrift	
Telefonnummer	
Notfallnummer	

Angaben zu Erziehungsberechtigten:

Name(n), Vorname(n)	
Anschrift (falls abweichend)	
Telefon (falls abweichend)	
Mailadresse	

Angaben zu Sorgeberechtigten:

Bei getrennt lebenden Elternteilen bitte einen entsprechenden Nachweis (Kopie) vorlegen.

Mutter Vater Pflegeeltern Vormund

Name, Vorname(n)	
Anschrift (falls abweichend)	
Telefon (falls abweichend)	

Wolfgang-Borchert-Schule

Förderzentrum
Förderschule mit Schwerpunkt Lernen / Sprachheilklassen

Kontakt zum Jugendamt (falls bestehend):

Name	
Telefonnummer	
Mail	

Angaben zur Stammschule:

Name Schule	
Anschrift	
Telefonnummer	
Mail	
Name Schulleitung	
Name Klassenleitung	
Telefonnummer Klassenleitung	
Mail Klassenleitung	

Hilfen nach §27 ff. SGB VIII (falls bestehend):

- Familienhilfe / Erziehungsbeistandsschaft
- PGI

Kontakt: _____

Aufnahmekriterien:

- Bescheid über Feststellung eines Bedarfs an sonderpädagogische Unterstützung im Förderschwerpunkt Emotionale und Soziale Entwicklung
- Datum der pädagogischen Konferenz: _____

Wolfgang-Borchert-Schule

Förderzentrum
Förderschule mit Schwerpunkt Lernen / Sprachheilklassen

Schweigepflichtsentbindung:

Hiermit entbinde ich _____ die MitarbeiterInnen des TimeOut-Projekts gegenüber den folgenden Ansprechpartnern (Institutionen, Namen der MitarbeiterInnen)

Landkreis Harburg, Allgemeiner Sozialer Dienst (Jugendamt):

Stammschule:

HARBUS:

Sonstige:

in allen, die Betreuung meines / unseres Kindes _____ im TimeOut-Projekt betreffenden Angelegenheiten, von der Schweigepflicht.

Hiermit bin ich darüber belehrt worden, dass ich diese Schweigepflichtsentbindung jederzeit formfrei widerrufen kann.

Dieses Projekt wird in Kooperation mit dem Jugendamt durchgeführt. Daher stimme ich zu, dass der Allgemeine soziale Dienst informiert und beteiligt wird.

Ort, Datum

Unterschrift(en)