Rupert-Egenberger-Schule
Sonderpädagogisches Förderzentrum
Birkenstraße 4 Tel: 0 89 - 374 266 0
85716 Unterschleißheim Fax: 0 89 - 374 266 266
sekretariat@sfz-ush.de
www.sfz-ush.de

Antrag auf Beratung/Aufnahme DFK/SVE

zum Schuljahr 2027/28

☐ Beratung
☐ Schule (DFK)
☐ Schulvorbereitende Einrichtung (SVE Ismaning)

KIND: Name, Vorname ☐ ♀ ☐ ♂			Jahrgangsstufe/ kommendes Schuljahr
Religion	Geburtstag, Geburtsort	Staatsangehörig-keit	In Deutschland seit:
		Erstsprache	Zweitsprache
KIND Adresse	**Telefon** (Eltern)	**E-Mail** (Eltern)	
Mein Kind besucht jetzt den **Kindergarten / Adresse Kindergarten**		**Kindergarten Telefon**	
Zuständige Sprengel-**Grundschule**			
Mutter: Name, Vorname	Staatsangehörigkeit	Herkunftsland	
Vater: Name, Vorname	Staatsangehörigkeit	Herkunftsland	

Sorgeberechtigung: ☐ Beide ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Sonstige_____

Auskunftsberechtigung: ☐ Beide ☐ Mutter ☐ Vater

Adresse *wenn abweichend* vom Kind

ggf. Name des Vormunds, Adresse

☐ Ich/Wir beantrage/n für das obengenannte Kind die Aufnahme in das Förderzentrum Unterschleißheim

☐ Ich/Wir komme/n auf Empfehlung von:

Förderbedarf

Festgestellter Förderbedarf:	Diagnose	Arztberichte ☐ Ja ☐ Nein
Bisher durchgeführte Therapien	Physiotherapie _____ pro Woche Ergotherapie _____ pro Woche Logopädie _____ pro Woche Heilpädagogik_____pro Woche Psycho/Spieltherapie_____ pro Woche	Behandelnder Arzt Behandelnde Ärztin Therapeut/Therapeutin

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich die nachfolgend genannten Personen/Institutionen:

Kindergarten/HPT: _____ Tel._____

Kinderarzt/Kinderärztin: _____ Tel._____

Klinik: _____ Tel._____

Schulen: _____ Tel._____

Gemeinde / Stadt: _____ Tel._____

weitere: _____ Tel._____

und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Rupert-Egenberger-Schule:

_____

gegenseitig von der Schweigepflicht.

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass Informationen bezüglich meiner Tochter/meines Sohnes ausgetauscht werden.
Dies betrifft auch die Ergebnisse von durchgeführten diagnostischen Verfahren.

....., den ....
Ort Datum Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Ort, Datum:

Unterschleißheim,
.....

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten: Unterschrift Schulleitung:

....

Bitte zum Termin mitbringen:

☐ Geburtsurkunde ☐ U9 / U8 ☐ Gutachten/Fremdtest ☐ Sorgerechtsbeschluss
☐ Schuleingangsuntersuchung ☐ Impfausweis/Masernimpfnachweis

Antrag gedruckt am: 17.10.2026 10:40 Stand 10/2022