

Antrag

auf Bewilligung einer Busbegleitung

für Schüler/innen mit einer geistigen und/oder körperlichen Behinderung zu/von
Schulen mit Förderschwerpunkt geistige Entwicklung

I. Angaben zur Person des Kindes

Name, Vorname:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> trans/inter <input type="checkbox"/> divers
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Wohnort:	
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Staatsangehörigkeit/Personenkreis: <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ <input type="checkbox"/> jüdische/r Emigrant/in	
Aufenthaltsstatus:	Aufenthaltsgenehmigung vom: befristet bis:
Kind wohnt bei: <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Verwandten <input type="checkbox"/> Pflegefamilie <input type="checkbox"/> Einrichtung <input type="checkbox"/> Sonstige: _____	
Vater: <input type="checkbox"/> leiblicher Elternteil <input type="checkbox"/> Adoptiv- <input type="checkbox"/> Pflegeelternanteil <input type="checkbox"/> verstorben am _____	Mutter: <input type="checkbox"/> leiblicher Elternteil <input type="checkbox"/> Adoptiv- <input type="checkbox"/> Pflegeelternanteil <input type="checkbox"/> verstorben am _____
Name, Anschrift:	Name, Anschrift:
Bei Bedarf: Weitere Bezugsperson/Person des Vertrauens Name, Anschrift, Telefon, Fax, E-Mail	
Name der Schule:	
Besuch der Schule bis voraussichtlich:	

**II. Aus welchen Gründen wird eine Busbegleitung benötigt?
Bitte ankreuzen**

Verhaltensbedingte Betreuungsaspekte

<input type="checkbox"/>	Selbstverletzendes Verhalten
<input type="checkbox"/>	Fremdaggressives Verhalten
<input type="checkbox"/>	Kind zieht sich während der Fahrt Kleidungsstücke aus
<input type="checkbox"/>	Kind schreit wegen der Fahrt
<input type="checkbox"/>	Kind beschimpft andere Kinder/Mitfahrer im Bus
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:

Körperliche Betreuungsaspekte

<input type="checkbox"/>	Gefahr des Überkippen aufgrund von Muskelschwäche
<input type="checkbox"/>	Erhöhter Speichelfluss
<input type="checkbox"/>	Regelmäßiges Abhusten von Schleim
<input type="checkbox"/>	Gefahr des Verschluckens
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:

Medizinische Aspekte

<input type="checkbox"/>	Epilepsie
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:

Aspekte der Beförderungssicherheit

<input type="checkbox"/>	Kind schnallt sich während der Fahrt ab
<input type="checkbox"/>	Kind steht während der Fahrt unvermittelt auf
<input type="checkbox"/>	Kind versucht andere Kinder/Mitfahrer zu schlagen
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:

Aspekte in der Beförderung des Kindes

<input type="checkbox"/>	Kind wird im Rollstuhl gefahren
<input type="checkbox"/>	Kind muss zu zweit auf den Fahrzeugsitz umgesetzt werden
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:

Beigefügte Unterlagen

Fachärztliche Gutachten Therapeutenberichte sonstige: _____

Ort, Datum

Unterschrift der **sorgeberechtigten** Elternteile/
des gesetzlichen Vertreters/Vormundes