

Vereinbarung über Zuständigkeiten zwischen der Herkunftsschule
_____ (NAME) und der
Tagesgruppe mit Beschulung _____ (NAME)

Die Schülerin / der Schüler _____ (NAME) wird in Kürze in
der Tagesgruppe des freien Trägers _____
aufgenommen.

Voraussetzung für die Aufnahme eines Kindes ist die Zusammenarbeit zwischen der Herkunftsschule und der Tagesgruppe mit Beschulung. Die Kinder und Jugendlichen bleiben Schüler /Schülerin der Herkunftsschule und kehren in der Regel nach Beendigung der Hilfe dorthin zurück. Da die Tagesgruppen mit vielen Herkunftsschulen zusammenarbeiten, **wird für die Schule die Klassenlehrkraft als Kontaktperson benötigt.** Im Zuge der Zusammenarbeit kommen ihr folgende Aufgaben zu:

1. Koordination der Teilnahme einer schulischen Vertretung an der Hilfekonferenz des Jugendamtes zur Aufnahme des Kindes in die Tagesgruppe mit Beschulung
2. Koordination von halbjährlichen Schulhilfekonferenzen
Termin 1: _____ Verantwortliche*r: _____
Termin 2: _____ Verantwortliche*r: _____
3. Koordination der Teilnahme einer schulischen Vertretung an den halbjährlichen Kooperationsgesprächen mit der Tagesgruppe zum Kind
4. Koordination und Kommunikation der Absprachen und der individuellen Vereinbarungen zwischen der Tagesgruppe, den Erziehungsberechtigten und der Herkunftsschule, die die Übergänge erleichtern
5. Ansprechperson für weitere Anliegen, z.B. Vorgehen in Krisenfällen, Zeugnisse und Antrag auf sonderpädagogischen Förderbedarf, Testung im Rahmen der Vorklärung für den sonderpädagogischen Förderbedarf „Lernen“ in der Herkunftsschule, Antrag auf wesentlich erhöhten Betreuungsbedarf (Ganztag Sek1, eFöB)
6. Bitte unbedingt in LUSD eintragen, dass Schüler*in am anderen Ort beschult wird

Eine schulische Ansprechperson zur Koordination ist über die Dauer der Hilfe erforderlich.

Name und Erreichbarkeit der Ansprechpersonen (Telefonnr., Mail, ggf. Tage/Uhrzeiten):

Klassenlehrkraft: _____

Vertretung (Schulleitung oder Sonderpädagog*in): _____

Datum, Stempel, Unterschrift Herkunftsschule

Datum, Stempel, Unterschrift Träger

Bitte eine Kopie dieser Vereinbarung zur Kenntnis an den *Regionalen Sozialpädagogischen Dienst* im Jugendamt senden,

Name/Kontaktdaten: _____