



Alois-Wagner-Schule
Staatlich anerkannte Schule für Kranke
an der Hochgebirgsklinik Mittelberg

Alois-Wagner-Straße 45
87466 Oy-Mittelberg
Telefon: 08366-980-171
aws@klinik-schule.de

Liebe Eltern und Erziehungsberechtigte,

dieses Formular hilft uns Ihr Kind während der Kur/Reha schulisch gut zu betreuen.

Sollte Ihr Kind zum Zeitpunkt der Maßnahme noch nicht in die Schule gehen, füllen Sie dieses Formular nicht aus.

Wir unterrichten, wenn in Bayern Schule ist. Die Schule ist geschlossen, wenn in Bayern Ferien sind. Bitte berücksichtigen Sie das bei der terminlichen Planung Ihrer Maßnahme. Besonders wenn Ihr Kind Schulprobleme hat oder mit einer schulischen Indikation (Schulangst, ADHS, Teilleistungsstörungen etc.) anreist, empfehlen wir dringend einen Aufenthaltszeitraum in der bay. Schulzeit zu wählen.

Wenn Ihr Kind zu Hause bereits Sommerferien hätte, hat es auch bei uns Ferien. Ansonsten unterrichten wir die Schüler, auch wenn sie daheim gerade Ferien haben. Die Schüler können in entspannter Unterrichts Atmosphäre Themen ihrer Wahl wiederholen oder vertiefen. Das gilt auch für Schüler, die bereits Sommerferien haben und freiwillig am Unterricht teilnehmen möchten.

Aufenthaltszeitraum von ____ . ____ . ____ bis ____ . ____ . ____

Familienname, Vorname des Kindes

____ . ____ . ____
Geburtsdatum

w m d
Geschlecht

Staatsangehörigkeit

Anschrift

(Mobil)Telefonnr. der Eltern/ Erziehungsberechtigten

Bei getrennt lebenden Eltern:

Sorgerecht: M V

Auskunft darf gegeben werden an: M V

Sorgerecht bei Pflegekind

Als Erziehungsberechtigte/r übertrage ich das Sorgerecht während d. Aufenthaltes auf

Besonderheiten Ihres Kindes (z.B. Allergien, Sozialverhalten, Ängste, Schlafstörungen, Einnässen/ Einkoten)

Besonderheiten der Familie (z.B. Todesfall, Scheidung, Unfall)

Soziale Beziehungen des Kindes (Familienverhältnisse, Geschwister, Eltern-Kind-Beziehung)

Hobbys/ Interessen des Kindes

Was ist Ihnen wichtig? Was liegt Ihnen am Herzen



Familienname, Vorname des Kindes

Schweigepflichtentbindung

Als Erziehungsberechtigter des oben genannten Kindes bin ich einverstanden, dass Informationen zum Schulstoff & zum Verhalten zwischen der oben genannten Klassenlehrkraft der Stammschule und der Klassenlehrkraft der Klinikschule (Name kann aus organisatorischen Gründen erst zu Beginn der Maßnahme benannt werden) ausgetauscht werden können. Meine Einwilligung erfolgt aus freier Entscheidung. Ich kann die Einwilligung jederzeit und in Zukunft widerrufen. Widerruf ist an beide betroffenen Schulen zu adressieren.

Mein Kind wird bei der Nutzung digitaler Medien der Alois-Wagner-Schule keine Passwörter speichern und sämtliche Zugänge vor der Abreise vollständig löschen. Für Zuwiderhandlungen wird keine Haftung übernommen.

Ort, Datum, Unterschrift

Die Angabe der folgenden Daten ist freiwillig. Die Informationen helfen uns, die Schülerin/ den Schüler in die passende Gruppe einzuteilen und optimal zu betreuen. Diese Informationen werden nicht weitergegeben, auch nicht an die Heimatschule.

Informationen zur aktuellen Schulsituation Ihres Kindes:

Name der Schule	Schulart	Bundesland
<hr/>		
Klasse (zur Zeit der Maßnahme)	Klassenlehrkraft, ggf. Telefonnummer, E-Mail	
Schulbegleiter/ Integrationshelfer	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Wird Ihr Kind integrativ beschult?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Sonderpäd. Förderbedarf	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welcher ? _____

Hat Ihr Kind aktuell Schwierigkeiten in der Schule? Nein Ja, welche? (Zutreffendes ankreuzen):

<input type="checkbox"/> Schulverweigerung	<input type="checkbox"/> Konzentrationsprobleme	<input type="checkbox"/> viel Streit mit Kindern
<input type="checkbox"/> viele Fehltage	<input type="checkbox"/> LRS	<input type="checkbox"/> sich nicht an Regeln halten
<input type="checkbox"/> länger kein Schulbesuch	<input type="checkbox"/> Dyskalkulie	<input type="checkbox"/> impulsives Verhalten
<input type="checkbox"/> Trennungsangst	<input type="checkbox"/> Leistungsprobleme	<input type="checkbox"/> Mobbing Erfahrung
<input type="checkbox"/> Schulangst		<input type="checkbox"/> Außenseiterposition
<input type="checkbox"/> Sich in den Mittelpunkt stellen		
<input type="checkbox"/> Andere: _____		

Lieblingsfächer:

Besondere Unterstützung/ Förderung/ Hilfe benötigt unser Kind in/ bei

Hausaufgaben:

Hat Ihr Kind Hausaufgaben? Nein Ja, durchschnittliche Dauer: _____

Geht Ihr Kind in die Hausaufgabenbetreuung? Nein Ja, zufrieden? _____

Bekommt Ihr Kind Nachhilfeunterricht? Nein Ja, hilfreich? _____