

**An das  
Schulamt für den Kreis Paderborn  
Postfach 19 40  
33049 Paderborn**

\_\_\_\_\_,  
Ort, Datum

**über die zukünftige Regelschule/derzeit besuchte Schule:**

\_\_\_\_\_  
(bitte unbedingt angeben)

**Antrag der/des Erziehungsberechtigten**

auf Feststellung eines Bedarfs an sonderpädagogischer Unterstützung gem. § 19 Schulgesetz NRW und § 11 AO-SF

Sehr geehrte Damen und Herren,  
hiermit beantrage(n) ich/wir die Einleitung eines Verfahrens gem. AO-SF für mein/unser Kind:

Name des Kindes		Vorname des Kindes		<input type="checkbox"/> männlich
				<input type="checkbox"/> weiblich
				<input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum	Straße, Haus-Nr.		PLZ	Wohnort

**Angaben zu den Erziehungsberechtigten:**

Nur bei getrenntlebenden Eltern:

- Wir haben das gemeinsame Sorgerecht. (Unterschriften beider Elternteile notwendig)  
 Ich erkläre, dass ich das alleinige Sorgerecht habe. **(Nachweis ist dem Schulamt einzureichen)**

1. Erziehungsberechtigte/r  Frau  Herr  Vormund      2. Erziehungsberechtigte/r  Frau  Herr

Name (immer erforderlich)	Name (immer erforderlich, außer wenn allein sorgeberechtigt)
Vorname (immer erforderlich)	Vorname (immer erforderlich, außer wenn allein sorgeberechtigt)
Straße, Haus-Nr. (nur erforderlich wenn abweichend von der Anschrift des Kindes)	Straße, Haus-Nr. (nur erforderlich wenn abweichend vom 1. Erziehungsberechtigten)
PLZ, Wohnort (nur erforderlich wenn abweichend von der Anschrift des Kindes)	PLZ, Wohnort (nur erforderlich wenn abweichend vom 1. Erziehungsberechtigten)
Telefon (bitte möglichst Angabe von Handy- und Festnetz-Nr)	Telefon (bitte möglichst Angabe von Handy- und Festnetz-Nr.)
E-Mail (Angabe freiwillig)	E-Mail (Angabe freiwillig)

**Ich/Wir vermuten einen Bedarf an sonderpädagogischer Unterstützung im Bereich:**

<input type="checkbox"/> Lernen (Beantragung erst nach Ausschöpfen der 3-jährigen Schuleingangsphase möglich)	<input type="checkbox"/> Geistige Entwicklung
<input type="checkbox"/> Sprache	<input type="checkbox"/> Körperliche und motorische Entwicklung
<input type="checkbox"/> Emotionale und soziale Entwicklung	<input type="checkbox"/> Sehen
	<input type="checkbox"/> Hören und Kommunikation

Es liegt eine **Autismus-Spektrum-Störung** vor (Nachweis/Bericht einer fachärztlichen Diagnose ist beizufügen)

**Hinweis:** Das Schulamt kann das Verfahren auf einen anderen sonderpädagogischen Unterstützungsbedarf als den angegebenen eröffnen.

Bei festgestelltem sonderpädagogischen Unterstützungsbedarf wünsche(n) ich/wir die Beschulung unseres Kindes

in einer Schule des Gemeinsamen Lernens  in einer Förderschule  dies ist noch nicht geklärt

Für meinen/unseren Antrag wichtige Unterlagen füge/n ich/wir bei. (Berichte, ärztl. Unterlagen, usw.)

Ich/Wir nehme(n) zur Kenntnis, dass die in diesem Antrag mitgeteilten Informationen zur Bearbeitung des Antrags erforderlich sind und hierfür gespeichert werden. Die Angaben werden an das zuständige Schulamt, die beauftragten Gutachter\*innen, ggf. an das zuständige Gesundheitsamt sowie an die Schule, die nach Abschluss des AO-SF-Verfahrens das Kind beschult, weitergeleitet.

Die Datenverarbeitung beruht auf §§ 19, 20, 52, 120, 122 SchulG, §§ 1ff. AOSF, §§1ff. VO-DV I.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des 2. Erziehungsberechtigten  
(bei getrenntlebenden Eltern)