**Kompetenzinventar im Prozess der Berufswegeplanung**

**Teilhabe am Arbeitsleben für junge Menschen mit einer Behinderung**

|  |
| --- |
| **Einverständniserklärung****zum Prozess der****Berufswegeplanung**(Mantelbogen Teil 1) |

**Mantelbogen Teil 1, Antrag des Schülers**

| **Name Schülerin / Schüler** |  |
| --- | --- |
| **Antragsdatum** |  |
| ***Eingabefelder mit \* sind mit Hilfetextfeldern hinterlegt (öffnen mit F1)*** |
| **Angaben zur Schülerin / zum Schüler** |
| Anschrift      E-Mail      Telefon       | Geburtsdatum      Staatsangehörigkeit      Muttersprache      \* |
| **Eltern**  | **Vertretungsberechtigte** |
| Name **\***Anschrift      \*E-Mail      Telefon       | Name      Anschrift      \*E-Mail      Telefon       |
| **Daten zur Schule/Lehrkraft** |
| **Name der Schule (ggf. mit Schulart)**      \* |
| Anschrift      \*E-Mail      Telefon       |
| Klassenstufe  | Schulbesuchsjahr  | Bildungsgang  |
|       |       |       |
| [ ]  Fachärztliche  Feststellungen | Arzt:       |
| **Funktionale Einschränkung nach Modulart** *(bitte auswählen)* |
| [ ]  Gutachten liegt vorDatum:       | **Ärztliche Diagnose**      |
| [ ]  Schulrechtliche Einordnung Festgestellt am       durch Staatliches Schulamt:      [ ]  Autismusbeauftragte(r):      E-Mail:      [ ]  Sonderpädagogische Unterstützung:      E-Mail:      (Sonderpädagogisches Bildungs- und Beratunszentrum)[ ]  Schulische Nachteilsausgleiche:      **Erläuterungen:**       |
| Schule | Ansprechpartner/in:      Anschrift (falls abweichend v. Schule:      E-Mail:      Telefon:       |
| Schulbegleitung | Ansprechpartner/in:      E-Mail:      Telefon:       |
| Integrationsfachdienst | Ansprechpartner/in:      E-Mail:      Telefon:       |
| Eingliederungshilfe SGB XII | Ansprechpartner/in:      E-Mail:      Telefon:       |
| EingliederungshilfeSGB VIII  | Ansprechpartner/in:      \*E-Mail:      Telefon:       |
| Agentur für Arbeit | Ansprechpartner/in:      E-Mail:      Telefon:       |
|  |