**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 vor  Datum: | | | **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: | | | | |
| Eingliederungshilfe  SGB VIII | Ansprechpartner/in:      \*  E-Mail:  Telefon: | | | | |
| Agentur für Arbeit | Ansprechpartner/in:  E-Mail:  Telefon: | | | | |
|  | | | | | |