

## Förderschwerpunkt Sehen

### Pater-Setzer-Platz 1 85716 Unterschleißheim Tel. 089 / 310 001-3141

E-Mail: MSD@sbz.de Homepage: www.sbz.de Fax:089 / 310 001-1420

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Aufnahmeantrag MSD Bearbeiter: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### An das

Sehbehinderten- und Blindenzentrum Südbayern

Pater-Setzer-Platz 1

85716 Unterschleißheim

Antragsteller: Eltern

|  |  |
| --- | --- |
| Name: |  |
| Straße: |  |
| PLZ Wohnort: |  |
| Telefon: |  |
| Email: |  |
| Visus und Diagnose laut aktuellem augenärztlichen Befund: | |

Als Erziehungsberechtigte

von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , geb.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### bitten wir um Betreuung unserer Tochter / unseres Sohnes durch die Mobilen Sonderpädagogischen Dienste (MSD) des Sehbehinderten- und Blindenzentrums Südbayern in Unterschleißheim.

Wir sind damit einverstanden, dass die Mitarbeiter der MSD und die Mitarbeiter des Förderzentrums in Unterschleißheim (Förderschwerpunkt Sehen) Einblick in die pädagogischen, psychologischen und medizinischen Unterlagen unseres Kindes nehmen können.

Wir sind damit einverstanden, dass die Mitarbeiter der MSD-S den Unterricht in der Klasse unseres / meines Kindes besuchen, Gespräche mit den Lehrkräften führen und im Sinne einer individuellen Förderung pädagogische Daten erfassen und erheben.

MSD-Sehen ab: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift der Erziehungsberechtigten