|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Dieses Projekt wurde mit Unterstützung der Europäischen Kommission finanziert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung (Mitteilung) trägt allein der Verfasser; die Kommission haftet nicht für die weitere Verwendung der darin enthaltenen Angaben |

**ICF-angepasster FÖRDERPLAN nach Vorgaben der Bildungsdirektion Steiermark**

**Im Rahmen des Erasmus+ Projektes www.icf-plan.eu**

**Namensnennung 4.0 International (CC BY 4.0**) <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode.de>

Name des Schülers/der Schülerin Schule: Click here to enter text. Click here to enter text.

**TEIL A: PÄDAGOGISCHER BERICHT**

1. **Basisdaten[[1]](#footnote-1)**

|  |  |
| --- | --- |
| Geburtsdatum | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Adresse | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Erstsprache | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| a.o. Status | Von Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. bis Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klasse/Stufe | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Anderes Relevantes | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

1. **ICF: Sorge/Diagnosen/Erwartungen**

|  |
| --- |
| Diagnose(n) *(Körper-, Sinnes und/oder funktionelle Behinderung)*Click here to enter text. |
| Beschreibung der konkreten Sorge/Erwartungen/Wünsche aus der Sicht der Eltern Click here to enter text. |
| Beschreibung der konkreten Sorge aus der Sicht der Schule (z.B. vorrangige Verhaltensprobleme)Click here to enter text. |
| Beschreibung der konkreten Sorge/Erwartungen/Wünsche aus der Sicht des Schülers/der Schülerin: Click here to enter text. |

1. **Pädagogische Beschreibung**

**5.1 Beschreibung des Schülers/der Schülerin (***personbezogene Aspekte)*

|  |
| --- |
| * 1. **Besondere Fähigkeiten, Lieblingsfächer/Beschäftigung/Vorlieben/Interessen**Click here to enter text.

Tätigkeiten, die abgelehnt werden (U-Gegenstände) Click here to enter text. |

|  |
| --- |
| * 1. **Relevante gesundheitliche Risikofaktoren und kritische Lebensereignisse**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.**Besondere Belastungen während der Schwangerschaft** und/oder während der frühen KindheitClick here to enter text. |
| * 1. **Angaben zu kritischen Lebensereignissen des Kindes/Jugendlichen**, die für die Entwicklung relevant scheinen (Unfälle, schwere Erkrankungen, Übergriffe, Missbrauchssituationen, Verlusterlebnisse, bedeutende medizinische Eingriffe...)

Click here to enter text. |

* 1. **Schul/Bildungslaufbahn**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Schullaufbahn | Schul-besuchs-jahr | Schuljahr | Stufe | Schule/Klasse |
| 1 | 20  /   |    |       |
| 2 | 20  /   |    |       |
| 3 | 20  /   |    |       |
| 4 | 20  /   |    |       |
| 5 | 20  /   |    |       |
| 6 | 20  /   |    |       |
| 7 | 20  /   |    |       |
| 8 | 20  /   |    |       |
| 9 | 20  /   |    |       |

* 1. **Umweltfaktoren im Sinne des Umfeldes, relevanter Bezugspersonen, materieller Umweltbedingungen....)**

**5.2.1 Materielle Ausstattung**

|  |
| --- |
| 1. *Im familiären Umfeld inkl. Hilfsmittel (falls relevant)*

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| 1. *Im schulischen Umfeld (inkl. Räume)*

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**5.2.2 Unterstützende Beziehungen und wichtige Bezugspersonen in der Familie und außerhalb der Familie**, in der *Nachmittagsbetreuung, durch Therapeut:innen, durch die Kinder- und Jugendhilfe....)*

|  |
| --- |
| **a) In der Familie:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |
| --- |
| **b) Außerhalb des familiären Umfeldes durch z.B.**  |
| [ ] **Hausaufgabenbetreuung** |
| * (Falls bekannt): Gesamtzahl der Einheiten des laufenden Schuljahres Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
 |
| * (Falls bekannt): Inhalt und Beschreibung

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| * Erlebte Wirkung

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| [ ] **Lernhilfe/Nachhilfe** |
| * (Falls bekannt) Gesamtzahl der absolvierten Einheiten des laufenden Schuljahres oder Frequenz (z.B. 1x/wöchentlich) Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
 |
| * Inhalt und Beschreibung

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| * Erlebte Wirkung

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| [ ] **Therapien (wenn ja, welche: Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Psychotherapie, anderes..)** |
| * (Falls bekannt) Gesamtzahl der absolvierten Einheiten des laufenden Schuljahres oder Frequenz (z.B. 1x/wöchentlich)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| * Inhalt und Beschreibung

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| * Erlebte Wirkung

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| [ ] **Sonstiges** (z.B. durch die Kinder- und Jugendhilfe..) Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

* + 1. **Unterstützende Beziehungen in der Schule** *(Verfügbarkeit von Bezugspersonen und deren Einstellungen, Dienste)*

|  |
| --- |
|  |
| [ ] **Verfügbarkeit weiterer Lehrpersonen** |
| * Gesamtzahl der Unterstützungsstunden des laufenden Schuljahres oder Frequenz

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| * Inhalt und Beschreibung

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| * Erlebte Wirkung

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| * Erlebte Wirkung

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| [ ] **Einsatz einer Individuellen Betreuungsperson in der Schule** (§7 Stmk LBG) |
| * Gesamtzahl der Unterstützungsstunden des laufenden Schuljahres oder Frequenz

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| * Inhalt und Beschreibung

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| * Erlebte Wirkung

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| [ ] **Sonstiges (**bitte spezifizieren**:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.) |
| * Gesamtzahl der Unterstützungsstunden des laufenden Schuljahres oder Frequenz

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| * Inhalt und Beschreibung

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| * Erlebte Wirkung

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

* + 1. **Anderes**

|  |
| --- |
| **Klassenschüler:innenzahl**: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.* Davon Knaben Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
* Davon Mädchen Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
* Davon a.o. Schüler:innen Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
* Schüler/Innen mit SPF in der Klasse: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
 |
| [ ] **Einsatz von Pflegepersonen in der Schule**  |
| * Gesamtzahl der Unterstützungsstunden/Einheiten des laufenden Schuljahres oder Frequenz

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| * Inhalt und Beschreibung der Unterstützungsmaßnahmen

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| * Erlebte Wirkung

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

* + 1. **Relevante Einstellungen** (z.B. Familie, Schule, Klassenklima…)

|  |
| --- |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**5.2.7 Durchgeführte individualisierte Fördermaßnahmen in der Schule**

|  |
| --- |
| [ ] **Ausschöpfen des Schuleingangsbereiches** |
| [ ] **Schulstufenwiederholung** |
| [ ] **Allgemeiner Förderunterricht** |
| * Gesamtzahl der besuchten Förderstunden des laufenden Schuljahres oder Frequenz

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| * Inhalt und Beschreibung

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| * Erlebte Wirkung

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| [ ] **Spezifische Lernförderung** (z.B. LRS, Rechenschwäche..) |
| * Gesamtzahl der besuchten Förderstunden des laufenden Schuljahres oder Frequenz Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
 |
| * Inhalt und Beschreibung

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| * Erlebte Wirkung

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| [ ] **Sprachheilunterricht** |
| * Gesamtzahl der besuchten Förderstunden des laufenden Schuljahres oder Frequenz Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
 |
| * Inhalt und Beschreibung Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
 |
| * Erlebte Wirkung Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
 |
| [ ] **Deutschförderung für Kinder mit Deutsch als Zweitsprache** |
| * Gesamtzahl der besuchten Förderstunden des laufenden Schuljahres der Frequenz Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
 |
| * Inhalt und Beschreibung

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| * Erlebte Wirkung

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| [ ] Einsatz eines/einer **Beratungslehrer/in** |
| * Gesamtzahl der besuchten Unterstützungsstunden des laufenden Schuljahres oder Frequenz Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
 |
| * Inhalt und Beschreibung

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| * Erlebte Wirkung

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| [ ] Sonstiges: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**5.3 Gibt es erkennbare körperliche Auffälligkeiten aus schulischer Sicht** (=körperstruktureller Aspekt) oder sollte etwas ärztlicherseits abgeklärt werden?

Click here to enter text.

**5.4 Körperfunktionale** Aspekte (inkl. Befunde falls bekannt):

|  |
| --- |
| *Gibt es Ergebnisse über durchgeführte Leserechtschreibtests oder Rechentests?* *Falls zutreffend: Relevantes zur Bindung, zum Temperament, zur Händigkeit oder zur grundsätzlichen Motivation?**Wie erfolgt die Bewegungskoordination?**Des Weiteren (falls relevant): z.B. Ist der Schüler/die Schülerin im Unterricht wach?**Kann der Schüler/die Schülerin sehen, hören... Gibt es dazu Befunde?* *Können Laute bzw. Wörter gebildet oder unterschieden werden?**Gibt es andere gesundheitliche zu berücksichtigende Aspekte (falls bekannt) z.B. den Kreislauf, die Atmung, den Blutzuckerspiegel, Allergien oder die Verdauung ... betreffend?**Falls relevant: Wie ausdauernd (in Bezug auf körperliche Aktivitäten) erleben Sie den Schüler/die Schülerin?**Sind Stereotypien, Tics oder andere bewegungsbezogene Aspekte zu beobachten...?*Click here to enter text. |
| Click here to enter text. |
| Click here to enter text. |
| Click here to enter text. |
| Click here to enter text. |
| Click here to enter text. |

**Sollte etwas dringend abgeklärt werden?** *(z.B. IQ, epileptisches Anfallspotenzial, die Aufmerksamkeit, das Hören, das Sehen, der Stoffwechsel, Hormonstatus, Muskeltonus…)*

|  |
| --- |
| Click here to enter text. |

**5.5 Schulische TEILHABE**

Methodische Hilfe: Versuchen Sie zu beschreiben **WIE** der Schüler/die Schüler:in teilhat. Wenn möglich die Sicht des Schülers/der Schülerin berücksichtigen

|  |  |
| --- | --- |
| *Teilhabe am Lernen* | **Deutsch/sprachlicher Bereich/Lesen/Schreiben** *Beschreibung der erworbenen Kompetenzen des Schülers/der Schülerin (inkl. derzeitiger Beurteilung)*Click here to enter text. |
| **Mathematik** *Beschreibung der erworbenen Kompetenzen des Schülers/der Schülerin (inkl. derzeitiger Beurteilung)* Click here to enter text. |
| **Fremdsprache** *Beschreibung der Kompetenzen des Schülers/der Schülerin (inkl. derzeitiger Beurteilung)*Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Wissensorientierte Fächer**: *Beschreibung der erworbenen Kompetenzen des Schülers/der Schülerin inkl. derzeitiger Beurteilung*Click here to enter text. |
| **Musisch-kreative Fächer** *Beschreibung der erworbenen Kompetenzen des Schülers/der Schülerin inkl. derzeitiger Beurteilung*Click here to enter text. |
| **Des Weiteren könnte relevant sein** |
| **Wahrnehmung** *(visuell, auditiv, taktil-kinästhetisch, Gleichgewicht, Körper und Raum, Handlungsplanung) Körperfunktionale Aspekte mögen eine Rolle spielen: Beschreibung der erworbenen Kompetenzen des Schülers/der Schülerin*Click here to enter text. |
| **Aufmerksamkeit, sich etwas merken im Unterricht *(****Beschreibung der erworbenen Kompetenzen des Schülers/der Schülerin)*Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Denken/Probleme lösen im Unterricht (***Beschreibung der erworbenen Kompetenzen des Schülers/der Schülerin)*Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
|  | **Sonstiges:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| *Aufgaben und Anforderungen* | **Arbeitsverhalten** *Leistungsverhalten, Ausdauer, Genauigkeit, Tempo, Selbständigkeit, Belastbarkeit, Frustrationstoleranz: Beschreibung der erworbenen Kompetenzen des Schülers/der Schülerin)*Click here to enter text.**Reaktion bei Überforderung** Click here to enter text. |
| *Kommunikation* | **Mit Sprache und mit Zeichen kommunizieren,** *Mitteilungen empfangen/ verstehen; Zeichen und Symbole verstehen bzw. einsetzen; sprechen/ erzählen; Mitteilungen in Gebärdensprache ausdrücken; ein Gespräch führen; Kommunikationsgeräte gebrauchen.**Beschreibung der erworbenen Kompetenzen des Schülers/der Schülerin) inkl. Leistungsbeurteilung „Musikerziehung“ (falls relevant)*Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| *Mobilität* | **Grob- und Feinmotorik (***Beschreibung der erworbenen Kompetenzen des Schülers/der Schülerin): das kann betreffen* |
| * Bewegung in der Schule (z.B. im Sportunterricht)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| * Feinmotorischer Handgebrauch (inkl. Grafomotorik und Werken)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| * Sich in bekannten und unbekannten Umgebungen bewegen (inkl. Orientierung)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| * Sonstiges Relevantes: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
 |
| Inkl. Leistungsbeurteilung Werken bzw. Sport (falls relevant): Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| *Selbst-versorgung* | **Selbstorganisation/Selbstversorgung** *(Lebenspraktische Tätigkeiten wie essen, trinken, sich an- und auskleiden, Toilette aufsuchen, auf die eigene Sicherheit achten: Beschreibung der erworbenen Kompetenzen des Schülers/der Schülerin)*Click here to enter text. |
| *Inter-aktionen* | **Sozialverhaltenund Beziehungen** *(Kontaktverhalten, Kooperationsverhalten, Konfliktverhalten, Selbstkontrolle, Regelbewusstsein: Beschreibung der erworbenen Kompetenzen des Schülers/der Schülerin)*Click here to enter text. |
| *wichtige Lebensbereichen* | **Schulbil-dung (Errei-chen der Lehrplan-ziele)** | [ ]  Der Schüler/die Schülerin wird aus pädagogischer Sicht die Lehrplanziele der Unterrichtsgegen-stände Wählen Sie ein Element aus. nicht erreichen. | [ ]  Der Schüler/die Schülerin wird aus pädagogischer Sicht die LehrplanzieleDer Unterrichtsgegen-stände Click here to enter text. nicht erreichen | [ ]  Die Anwendung des Lehrplans für Kinder mit erhöhtem Förderbedarf erscheint notwendig | Anderes Relevantes (z.B. bei Kindern mit Sinnesbehinderung oder Körperbehinderung)Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
|  | Anderes Wichtiges *(z.B. Umgang mit Geld, Spielen, soziales Leben* Click here to enter text. |

**6. Vorgeschlagene Vorgangsweisen/Unterstützungsmaßnahmen**

Click here to enter text.

[ ] **7. Beilage Begründung zur angeregten Lehrplaneinstufung pro Gegenstand**

Der pädagogische Bericht wurde ausgefüllt von:

Verfasser:innen Click here to enter text. Ort/Datum Click here to enter text.

**TEIL B: FÖRDERPLAN**

 (Auszufüllen nach Rechtskraft der bescheidmäßigen Zuerkennung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs)

**8. Individueller Förderplan für** Click here to enter text. **Schuljahr** Click here to enter text.

Erstellt von: Click here to enter text. Erstellt am: Click here to enter text.

**8.1 Informationen zum SPF- Bescheid**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SPF-Bescheiddaten |  |  |
| Ausstellende Behörde | Datum | Ergebnis |
| Click here to enter text. | Click here to enter text. | [ ] SPF wurde zuerkannt [ ] und zwar aus den Gegenständen Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. [ ]  erhöhter Förderbedarf wurde zuerkannt [ ] Sonstiges Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**8.2 Verfügbare Ressourcen**

|  |  |
| --- | --- |
| ja |  |
|[ ]  Weiteres (sonderpädagogisches) Lehrpersonal |
|[ ]  Schulassistenz |
|[ ]  Hilfs- und Pflegepersonal |
|[ ]  Anderes: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**8.3 Eigene Zielvorstellungen/Wünsche des Schülers/der Schüler:in**

|  |
| --- |
| Click here to enter text. |

**8.4 Stärken des Schülers/der Schüler:in**

|  |
| --- |
| Click here to enter text. |

**8.5. Förderfaktoren und Barrieren in der Umwelt**

|  |  |
| --- | --- |
| Förderfaktoren | Click here to enter text. |
| Barrieren | Click here to enter text. |

**9. Individueller Förderplan**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Teilhabebereich 1 | **Teilhabeziel(e)** | **Maßnahme(n)/Interventionen oder weitere Maßnahmen** | Verantwortliche Person(en) |
| Choose an item. | Click here to enter text. | Click here to enter text. | Click here to enter text. |
| 1. Evaluation

Datum: Click here to enter text. | [ ] Erreicht [ ]  teilweise erreicht [ ] nicht erreichtBitte begründen, falls nicht erreicht: Click here to enter text. | Click here to enter text. | Click here to enter text. |
| 1. Evaluation

Datum Click here to enter text. | [ ] Erreicht [ ]  teilweise erreicht [ ] nicht erreichtBitte begründen, falls nicht erreicht: Click here to enter text. | Click here to enter text. | Click here to enter text. |
| Teilhabebereich 2 | **Teilhabeziel(e)** | **Maßnahme(n)/Interventionen oder weitere Maßnahmen** | Verantwortliche Person(en) |
| Choose an item. | Click here to enter text. | Click here to enter text. | Click here to enter text. |
| 1. Evaluation

Datum: Click here to enter text. | [ ] Erreicht [ ]  teilweise erreicht [ ] nicht erreichtBitte begründen, falls nicht erreicht: Click here to enter text. | Click here to enter text. | Click here to enter text. |
| 1. Evaluation

Datum Click here to enter text. | [ ] Erreicht [ ]  teilweise erreicht [ ] nicht erreichtBitte begründen, falls nicht erreicht: Click here to enter text. | Click here to enter text. | Click here to enter text. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Teilhabebereich 3 | **Teilhabeziel(e)** | **Maßnahme(n)/Interventionen oder weitere Maßnahmen** | Verantwortliche Person(en) |
| Choose an item. | Click here to enter text. | Click here to enter text. | Click here to enter text. |
| 1. Evaluation

Datum: Click here to enter text. | [ ] Erreicht [ ]  teilweise erreicht [ ] nicht erreichtBitte begründen, falls nicht erreicht: Click here to enter text. | Click here to enter text. | Click here to enter text. |
| 1. Evaluation

Datum Click here to enter text. | [ ] Erreicht [ ]  teilweise erreicht [ ] nicht erreichtBitte begründen, falls nicht erreicht: Click here to enter text. | Click here to enter text. | Click here to enter text. |

Unterschriften *(optimalerweise auch von Eltern und Schüler/Schülerin)*

**10. Mögliche Vereinbarungen während des Förderzeitraumes (z.B. Dokumentation von gemeinsamen Gesprächen mit den Eltern…)**

Click here to enter text.

1. Die Punkte 2 und 4 sind hier nicht angeführt und betreffen nur das sonderpädagogische Gutachten [↑](#footnote-ref-1)