

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
Click here to enter text.

Schule: Click here to enter text.

TEIL A: PÄDAGOGISCHER BERICHT

1. Basisdaten¹

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.

3. ICF: Sorge/Diagnosen/Erwartungen

Diagnose(n) (<i>Körper-, Sinnes und/oder funktionelle Behinderung</i>) 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.

5. Pädagogische Beschreibung

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

a. Besondere Fähigkeiten, Lieblingsfächer/Beschäftigung/Vorlieben/Interessen Click here to enter text.
--

¹ Die Punkte 2 und 4 sind hier nicht angeführt und betreffen nur das sonderpädagogische Gutachten

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

- b. **Relevante gesundheitliche Risikofaktoren und kritische Lebensereignisse**
 Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
- Besondere Belastungen während der Schwangerschaft und/oder während der frühen Kindheit**
 Click here to enter text.
- c. **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.

d. Schul/Bildungslaufbahn

Schullaufbahn	Schulbesuchsjahr	Schuljahr	Stufe	Schule/Klasse
	1	20 /		
	2	20 /		
	3	20 /		
	4	20 /		
	5	20 /		
	6	20 /		
	7	20 /		
	8	20 /		
	9	20 /		

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

5.2.1 Materielle Ausstattung

- a) *Im familiären Umfeld inkl. Hilfsmittel (falls relevant)*
 Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
- b) *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.
<input type="checkbox"/>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.
<input type="checkbox"/>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.
<input type="checkbox"/>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.
<input type="checkbox"/>Sonstiges (z.B. durch die Kinder- und Jugendhilfe..) Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

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

<input type="checkbox"/>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.
<input type="checkbox"/>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.
<input type="checkbox"/>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.

5.2.5 Anderes

Klassenschüler:innenzahl: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. <ul style="list-style-type: none">- 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.
<input type="checkbox"/> Einsatz von Pflegepersonen in der Schule
<ul style="list-style-type: none">- Gesamtzahl der Unterstützungsstunden/Einheiten des laufenden Schuljahres oder Frequenz Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
<ul style="list-style-type: none">- Inhalt und Beschreibung der Unterstützungsmaßnahmen Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
<ul style="list-style-type: none">- Erlebte Wirkung Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

5.2.6 Relevante Einstellungen (z.B. Familie, Schule, Klassenklima...)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

5.2.7 Durchgeführte individualisierte Fördermaßnahmen in der Schule

<input type="checkbox"/> Ausschöpfen des Schuleingangsbereiches
<input type="checkbox"/> Schulstufenwiederholung
<input type="checkbox"/> Allgemeiner Förderunterricht
<ul style="list-style-type: none">- Gesamtzahl der besuchten Förderstunden des laufenden Schuljahres oder Frequenz Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
<ul style="list-style-type: none">- Inhalt und Beschreibung Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
<ul style="list-style-type: none">- Erlebte Wirkung Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
<input type="checkbox"/> Spezifische Lernförderung (z.B. LRS, Rechenschwäche..)
<ul style="list-style-type: none">- Gesamtzahl der besuchten Förderstunden des laufenden Schuljahres oder Frequenz Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
<ul style="list-style-type: none">- Inhalt und Beschreibung Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
<ul style="list-style-type: none">- Erlebte Wirkung Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
<input type="checkbox"/> Sprachheilunterricht
<ul style="list-style-type: none">- Gesamtzahl der besuchten Förderstunden des laufenden Schuljahres oder Frequenz Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
<ul style="list-style-type: none">- Inhalt und Beschreibung Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
<ul style="list-style-type: none">- Erlebte Wirkung Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
<input type="checkbox"/> Deutschförderung für Kinder mit Deutsch als Zweitsprache
<ul style="list-style-type: none">- Gesamtzahl der besuchten Förderstunden des laufenden Schuljahres der Frequenz Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
<ul style="list-style-type: none">- Inhalt und Beschreibung Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
<ul style="list-style-type: none">- Erlebte Wirkung Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
<input type="checkbox"/> Einsatz eines/einer Beratungslehrer/in
<ul style="list-style-type: none">- Gesamtzahl der besuchten Unterstützungsstunden des laufenden Schuljahres oder Frequenz Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
<ul style="list-style-type: none">- Inhalt und Beschreibung Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
<ul style="list-style-type: none">- 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 Stereotypen, Tics oder andere bewegungsbezogene Aspekte zu beobachten...?

[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 unbekanntem 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.				
Selbstversorgung	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.				
Interaktionen	Sozialverhalten und Beziehungen (Kontaktverhalten, Kooperationsverhalten, Konfliktverhalten, Selbstkontrolle, Regelbewusstsein: Beschreibung der erworbenen Kompetenzen des Schülers/der Schülerin) Click here to enter text.				
wichtige Lebensbereiche	Schulbildung (Erreichen der Lehrplan-ziele)	<input type="checkbox"/> Der Schüler/die Schülerin wird aus pädagogischer Sicht die Lehrplanziele der Unterrichtsgegenstände Wählen Sie ein Element aus. nicht erreichen.	<input type="checkbox"/> Der Schüler/die Schülerin wird aus pädagogischer Sicht die Lehrplanziele Der Unterrichtsgegenstände Click here to enter text. nicht erreichen	<input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> SPF wurde zuerkannt <input type="checkbox"/> und zwar aus den Gegenständen Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. <input type="checkbox"/> erhöhter Förderbedarf wurde zuerkannt <input type="checkbox"/> Sonstiges Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

8.2 Verfügbare Ressourcen

<input type="checkbox"/> ja	
<input type="checkbox"/>	Weiteres (sonderpädagogisches) Lehrpersonal
<input type="checkbox"/>	Schulassistenz
<input type="checkbox"/>	Hilfs- und Pflegepersonal
<input type="checkbox"/>	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.	<input type="checkbox"/> Erreicht <input type="checkbox"/> teilweise erreicht <input type="checkbox"/> nicht erreicht Bitte begründen, falls nicht erreicht: Click here to enter text.	Click here to enter text.	Click here to enter text.
2. Evaluation Datum Click here to enter text.	<input type="checkbox"/> Erreicht <input type="checkbox"/> teilweise erreicht <input type="checkbox"/> nicht erreicht Bitte 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.	<input type="checkbox"/> Erreicht <input type="checkbox"/> teilweise erreicht <input type="checkbox"/> nicht erreicht Bitte begründen, falls nicht erreicht: Click here to enter text.	Click here to enter text.	Click here to enter text.
2. Evaluation Datum Click here to enter text.	<input type="checkbox"/> Erreicht <input type="checkbox"/> teilweise erreicht <input type="checkbox"/> nicht erreicht Bitte 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.	<input type="checkbox"/> Erreicht <input type="checkbox"/> teilweise erreicht <input type="checkbox"/> nicht erreicht Bitte begründen, falls nicht erreicht: Click here to enter text.	Click here to enter text.	Click here to enter text.
2. Evaluation Datum Click here to enter text.	<input type="checkbox"/> Erreicht <input type="checkbox"/> teilweise erreicht <input type="checkbox"/> nicht erreicht Bitte 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.