

Mobiler Sonderpädagogischer Dienst
der Förderzentren im Landkreis Freising

Sonderpädagogisches Förderzentrum
Freising-Pulling
St. Ulrich-Straße 9
85354 Freising
☎ 08161 / 8834-0
E-mail: verwaltung@sfz-freising.de

Förderzentrum
Förderschwerpunkt geistige Entwicklung
Gartenstr. 42
85354 Freising
☎ 08161 / 4841-20
E-mail: foerderzentrum-ge@lebenshilfe-fs.de



Förderschwerpunkte: Lernen – Sprache – emotional- soziale Entwicklung - geistige Entwicklung

Anmeldung für den Mobilen Sonderpädagogischen Dienst

Schuljahr 2026-27

BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN – BITTE NEHMEN SIE SICH ZEIT !

1. Für wen wird die Beratung / Betreuung gewünscht?

Name: _____ **Vorname:** _____ **Klasse:** _____

geb.: _____ **Geschlecht:** _____ **Nationalität:** _____

Bei Migration, seit wann in Deutschland (Monat/ Jahr)? _____

Schule: _____ **Tel.:** _____ **E-mail:** _____

Klassenlehrkraft: _____ **Tel.:** _____ **E-mail:** _____

Erziehungsberechtigte: _____

Anschrift: _____

Tel: _____ **E-Mail:** _____

2. Elterninformation

Die Eltern wurden am _____ in einem Beratungsgespräch über die Anmeldung beim Mobilen Sonderpädagogischen Dienst informiert.

Die Eltern sind einverstanden: ☐ ja ☐ nein

3. Schullaufbahn

Zurückstellung: ☐ ja ☐ nein Vorzeitige Schulaufnahme: ☐ ja ☐ nein

Wiederholte Klassen: _____

Besuch eines SFZs (wann?, wie lange?): _____

4. Notenbild (ab Klasse 2)

	HSU	Ma	D	WTG /WG	Rel / Eth.	Engl	GSE/ GPG	PCB/ NT	AWT/ WiB	T	Wi/ WiK	So/ ES	Mu	Ku	Sp
Zur Zeit															

5. Betreuung am Nachmittag: _____

☐ keine ☐ Hort ☐ Hausaufgabenbetreuung ☐ Mittagsbetreuung ☐ Ganztagesklasse

6. Detaillierte Beschreibung des anstehenden Problems (evtl. in Stichpunkten):

7. Was ist **Ihr Wunsch bzw. Ihr Ziel** hinsichtlich der MSD-Meldung?

8. Auffälligkeiten im Bereich Sprache, Deutsch, Lese- /Schreiblehrgang:

9. Auffälligkeiten im Bereich Mathematik:

10. Lern- und Leistungsverhalten:

11. Sozialverhalten - Einschätzung der psychischen Befindlichkeit:

12. Welche positiven Verhaltensweisen können Sie beobachten?
Auf welche Maßnahmen reagiert der Schüler/die Schülerin positiv?

13. Kontakte Elternhaus / Schule (Austausch, Vereinbarungen, ...)

14. Bisherige Maßnahmen der Klassenleitung, Beratungen und Behandlungen
(individuelle Maßnahmen, Förderkurse, Verstärkersysteme, ...)

15. Wurden andere Beratungs- bzw. Fachdienste eingeschaltet? ☐ ja ☐ nein
(Beratungslehrkraft /Schulpsycholge, Fachklinik, Kinder- und Jugendpsychiater, Psychologen,
Therapeuten, Erziehungsberatungsstellen, JaS, ...)

16. **Erforderliche Unterlagen:** Letztes Zwischenzeugnis oder Jahreszeugnis oder Lernentwicklungs-
gespräch (bitte anfügen!)

17. Zur besseren Planung der MSD-Stunden, wenn möglich bitte Stundenplan des Schülers/der Schülerin
beilegen.

Ort, Datum: _____

Klassenlehrkraft: _____

Unterschrift

Schulleitung: _____

Unterschrift