

## Anmeldung in das Sonderschulische Brückenangebot (SO\_BA) HPZ BL für das Schuljahr .....

### Personalien des/der Jugendlichen

Name:..... Vorname:.....

Geburtsdatum: ..... Geschlecht (m, w): .....

AHV-Nummer:.....

Adresse:.....

Wohnsituation:  Eltern .....  Wohnheim.....

Gesetzlicher Wohnsitz:.....

Mail-Adresse: .....

Mobile:..... Konfession .....

Sprache:..... Nationalität: .....

Aufenthaltsbewilligung:..... seit wann in der Schweiz:.....

### Mutter

Name:..... Vorname:.....

Adresse:.....

Telefon: ..... Mobile:.....

Mail-Adresse: .....

### Vater

Name:..... Vorname: .....

Adresse:.....

Telefon: ..... Mobile:.....

Mail-Adresse: .....

Zivilstand der Eltern: ..... Sorgerecht:.....

**Mandatsträger**

Keiner  Begleitbeistand  Mitwirkungsbeistand  Vertreterbeistand  Umfassende Beistandschaft

Name:..... Vorname:.....

Adresse: .....

Telefon: ..... Mobile:.....

Mail-Adresse: .....

**Schule**

von ..... bis..... Schule .....

von ..... bis..... Schule .....

von ..... bis..... Schule .....

**aktuelles Schuljahr**

zuständige Lehrperson:.....

Mail-Adresse: .....

Telefon: ..... Mobile:.....

IV-Berufsberater/-beraterin:.....

Mail-Adresse: .....

Telefon: ..... Mobile:.....

**Medizinische Informationen:** Diagnose, Allergien etc.

.....

**Hausarzt/-ärztin:** Name, Vorname, Adresse, Telefon, Mail

.....

**Therapeut/in:** Name, Vorname, Adresse, Telefon, Mail

.....

**Medikamente**

**Überwachung**

.....  
.....  
.....

Flankierende Massnahmen:  Pflege  Therapie  Hilfsmittel

Krankenkasse und Nummer:.....

Begleitausweis:  ja  nein

**Arbeit**

Gewünschtes Praktikum: .....

Falls vorhanden, Berufswunsch: .....

**Finanzielle Beteiligung durch die Eltern/Erziehungsberechtigten**

- Verpflegung: CHF 5.00 pro Mittagessen
- Exkursionen: max. CHF 16.00 pro Anlass/pro Tag

**Zusammenarbeit**

- Die Eltern resp. Erziehungsberechtigten und die Jugendlichen verpflichten sich zur Zusammenarbeit mit dem Heilpädagogischen Zentrum, der IV-Berufsberatung und dem Arbeitsort, in denen Schnupperwochen und Jobtrainings absolviert werden.

**Austritt aus dem SO\_BA**

- durch den Jugendlichen/die Jugendliche: jederzeit möglich
- durch die Eltern/Erziehungsberechtigten: jederzeit möglich
- durch das SO\_BA: nach Ablauf der Verfügung  
bei unangepasstem Verhalten wird eine vorgezogene Austrittssitzung einberufen

Die Unterzeichneten erklären sich mit den obenstehenden Bedingungen dieser Anmeldung einverstanden:

Ort und Datum:.....

Unterschrift der Eltern resp.  
der Erziehungsberechtigten:

Unterschrift der/des Jugendlichen

.....

## **Einverständniserklärung**

Die Erziehungsberechtigten von .....

Erklären sich einverstanden, dass Fotos, Filme und Videos ihres Kindes während der Zeit im SO\_BA angefertigt und für Jahresberichte, Reportagen und für den internen Gebrauch (Kommunikationstagebücher, Fotowand) verwendet werden.

Das Bildmaterial ist bis zum Schulaustritt eines/einer Jugendlichen Eigentum des SO\_BA's und wird bei Schulaustritt vernichtet.

Die Einverständniserklärung ist Bestandteil der Anmeldung. Sie kann jederzeit von den Eltern resp. Erziehungsberechtigten schriftlich widerrufen werden.

Ort und Datum:.....

Unterschrift der Eltern resp.  
der Erziehungsberechtigten:

.....

---

### **Wird von der Schule ausgefüllt**

Eintrittsdatum: ..... Klasse: .....

Lehrperson: ..... Coachingperson: .....

Art des Transportes:  ÖV  mit Begleitung  Sammelfahrt  Begleitausweis

Austrittsdatum: .....

Anschlusslösung: .....

.....