**Angaben zum Kind**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |  | Vorname |  |
| Geburtsdatum |  | Geschlecht |  |

**Angaben Eltern oder gesetzliche Vertretung**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name / Vorname Mutter |  | Name / Vorname Vater |  |
| Strasse |  | PLZ / Ort |  |
| Tel.-Nr. |  | Bemerkung |  |

**Antragsstelle (siehe Sonderpädagogik-Konzept für die Sonderschulung, Kap. 6.4.1)**

|  |  |
| --- | --- |
| siehe Antrag Arztpraxis als Beilage | |
| Name |  | | |
| Strasse / PLZ / Ort |  | | |
| Datum |  | | Unterschrift |

**Antrag**

|  |  |
| --- | --- |
| Heilpädagogische Früherziehung | Logopädie |
| Low Vision | Audiopädagogik |
| parallele Massnahme: Beilage Begründung Kinderärztin / Kinderarzt (Förderplanung / Schwerpunktsetzung) | |

* **Bitte Antrag direkt an die durchführende Therapiestelle weiterleiten. Die Durchführungsstelle leitet den Antrag an das Bildungsdepartement weiter.**

**Durchführungsstelle**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Erstmassnahme | | Verlängerung (inkl. Entwicklungsbericht) | | | Wechsel der Durchführungsstelle | | | |
| Name |  | | | | | | | |
| Strasse / PLZ / Ort |  | | | | | | | |
| Anzahl beantragte Einheiten | |  | | | Beginn |  | | |
| Schulpflicht Kind ab (Art. 45 VSG) \* | |  | Hat das Kind Wohnsitz im Kanton St.Gallen? | | | | Ja | Nein |
| \* Bei Aufschub der Schulpflicht (Art. 46 VSG) ist eine Bestätigung des Schulträgers beizulegen. | | | | | | | | |
| Datum |  | | | Unterschrift | | | | |

**Kanton St.Gallen, Bildungsdepartement, Bewilligung der Massnahme und Kostengutsprache**

(gemäss Art. 36 Abs. 1 Bst. b Volksschulgesetz, sGS 213.1; abgekürzt VSG)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Beginn ab |  |  |  |  |
| bis |  |  | Ansatz Fr. |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Anzahl | max. 40 Lekt./Jahr (d.h. i.d.R. 1 Lekt./W.) | | | flexibel (gemäss Leistungsvereinbarung) | | | |
|  | max. 80 Lekt./Jahr (d.h. i.d.R. 2 Lekt./W.) | | |  |  | | |
| Datum |  |  | Sachbearbeiterin | | |  | |
|  |  | | Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung (Tel. 058 229 59 51). | | | |

Kopie: Durchführungsstelle