



Musenbergschule Förderzentrum Hören, Musenbergstr. 32, 81929 München

MUSENBERGSCHULE  
Förderzentrum Förderschwerpunkt Hören  
- Schulaufnahme -  
Musenbergstr. 32  
81929 München

### Anfrage zur Aufnahme in die SVE

Name: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_  
Religionszugehörigkeit: \_\_\_\_\_ Geb. Ort: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_ Tel. (privat): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Tel. (mobil): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind hörgeschädigt?

JA

NEIN

Periphere Hörschädigung

- Trägt Ihr Kind Hörgeräte?
- Seit wann?

JA

einseitig  
 beidseitig

Cochlea-Implantat

- Trägt Ihr Kind ein CI?
- Seit wann?

JA

einseitig  
 beidseitig

Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung

Vorliegendes medizinisches Gutachten bitte mitschicken!

- Wer hat AVWS diagnostiziert? Wann?

Hat Ihr Kind sonstige Beeinträchtigungen/ weiteren Förderbedarf?

Bitte kurze Beschreibung:

---

---

---

---

**Haben Sie Kontakt oder werden Sie betreut von:**

Bitte geben Sie an, welchen Ansprechpartner Sie jeweils haben:

- Pädagogisch-Audiologische Beratungsstelle \_\_\_\_\_
- Mobile sonderpädagogische Hilfe \_\_\_\_\_
- Frühförderung \_\_\_\_\_
  - BLWG
  - Regens-Wagner
  - allg. Frühförderung \_\_\_\_\_

Welche Einrichtung besucht \_\_\_\_\_

Ihr Kind derzeit? \_\_\_\_\_

**Gab es einen Wechsel des Kindergartens?**

Bitte die Einrichtung(en) mit jeweiliger Zeitangabe auflühren.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Beschreiben Sie bitte kurz die Gründe, warum Sie die Aufnahme wünschen.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bitte legen Sie diesem Formular unbedingt bei:**

- **Audiogramm**
- **alle medizinischen und psychologischen Gutachten, die im Zusammenhang mit der gewünschten Aufnahme von Belang sind**

Nach Durchsicht Ihrer Unterlagen werden Sie von uns über das weitere Vorgehen informiert.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Ausgegeben durch: \_\_\_\_\_