**Ergebnis der Berufswegekonferenz (BeWK)**

|  |  |
| --- | --- |
| Name Schüler/in:        | Adresse:       |
| Schule:       | Datum:       |
| Anspruch auf ein Sonderpädagogisches      Bildungsangebot im Förderschwerpunkt: |
| ***Beteiligte*** | *Name / Telefon / E-Mail* |
| Eltern/gesetzliche Vertreter: |       |
| Schulleitungen/Lehrkräfte: |       |
| Vertreter Kosten- /Leistungsträger: |       |
| Vertreter der Agentur für Arbeit: |       |
| Weitere Beteiligte (IFD, KVJS, SSA): |       |
| ***Vorstellungen der Schülerin/des Schülers zu schulisch-beruflichen Perspektiven:*** |
| ***Vereinbarungen:***  |
| ***Ergebnis der Berufswegekonferenz:*** [ ]  Aufhebung des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot.[ ]  Wechsel an SBBZ (auch bei Maßnahme Koop-VAB, KoBV, BVE):      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Name SBBZ[ ]  Weiterhin Wunsch auf ein inklusives Bildungsangebot.(Die Erziehungsberechtigten wurden über eine evtl. Änderung des Inklusionsstandortes informiert) |
| Einvernehmen: [ ]  ja [ ]  nein, mit Begründung:       |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Ort/ Datum: Unterschrift Erziehungsberechtigte Unterschrift Schulleitung: