|  |
| --- |
| Anschrift/Telefonnummer der Regelschule/Förderschule |

**Antrag auf Beratung**

im Rahmen der überregionalen ambulanten und mobilen Angebote

|  |  |
| --- | --- |
| **Name des Schülers/der Schülerin:** | |
| Geburtsdatum: | |
| Klasse: | Schulbesuchsjahr: |

|  |  |
| --- | --- |
| Klassenlehrer(in): | Tel.: |
| Der Schüler/die Schülerin hat bereits einen diagnostizierten sonderpädagogischen Förderbedarf:  **□** Nein  **□** Ja, Förderschwerpunkt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| verantwortliche Förderschullehrkraft: | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Erreichbarkeit** der Förderschullehrkraft: | |
|  | Zeit (Wochentage, Uhrzeit): |
|  | Ort (Namen der Schule): |
|  | Telefonnummer: |
|  | E-Mail-Adresse: |

|  |  |
| --- | --- |
| **einzureichende Unterlagen:** (Zutreffendes bitte ankreuzen!) | |
| Medizinische Gutachten sind | Sonstige Berichte (Entwicklungs- und Therapie- berichte, pädagogische Gutachten, u. a.) sind |
| 🞏 vorhanden und 🞏 beigefügt,  🞏 angefordert,  🞏 nicht vorhanden. | 🞏 vorhanden und 🞏 beigefügt,  🞏 angefordert,  🞏 nicht vorhanden. |

|  |
| --- |
| Erziehungsberechtigte:  Anschrift:  Telefon: |

|  |
| --- |
| **Problemdarstellung:**  (Beratungsanlass) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Die Beratung ist gewünscht als: | | |
| **□ Systemberatung** | | |
| **□ Einzelfallberatung\***  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Unterschrift der Erziehungs- / Sorgeberechtigten  (\* Zustimmung und Kenntnisnahme der Erziehungs-/Sorgeberechtigten ist notwendig) | | |
| Ort/Datum: | | |
| Unterschrift  Schulleiterin/Schulleiter | Unterschrift Förderschullehrkraft | Unterschrift  Klassenleiterin/Klassenleiter |