|  |
| --- |
| .Anschrift / Telefonnummer der Regelschule / Förderschule / Einrichtung: |

**Antrag auf Beratung**

im Rahmen der überregionalen ambulanten und mobilen Angebote

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

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

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

|  |
| --- |
| 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/üAmA | Unterschrift Klassenleiterin / Klassenleiter |

|  |
| --- |
| **Problemdarstellung:** (Beratungsanlass) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Datum, Unterschrift (Funktion) |