|  |
| --- |
| Anschrift / Telefonnummer / eMail der derzeitig besuchten Schule |

**Antrag auf Beratung**

im Rahmen der überregionalen ambulanten und mobilen Angebote

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Klassenlehrerin / Klassenlehrer: | | | |
| Name: |  | Tel.: |  |
| eMail: |  | | |

|  |
| --- |
| Für die Schülerin / den Schüler wurde bereits ein sonderpädagogischer Förderbedarf im **Bereich der emotionalen und sozialen Entwicklung** festgestellt:  ja  nein  Es liegt ein Bescheid vom LSchA vor:  ja  nein  Es wurde ein internes Verfahren geführt:  ja  nein |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| verantwortliche(r) Förderschullehrer(in): | | | |
| Name: |  | Tel.: |  |
| eMail: |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Erziehungs- und Sorgeberechtigte**  Name: |  |
| Anschrift: |  |
| Telefon: |  |

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

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