|  |
| --- |
| Anschrift / Telefonnummer / eMail – Adresse der derzeitig besuchten Kindertagesstätte |

**Antrag auf Beratung**

im Rahmen der überregionalen ambulanten und mobilen Angebote

|  |  |
| --- | --- |
| **Name des Kindes:** |  |
| Geburtsdatum: |  |
| Gruppe: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Erzieher(in): | Tel.:  eMail: |
| Für das Kind erfolgte(n) bereits eine / mehrere Diagnostik(en):  Nein  Ja, Diagnose(n): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Für das Kind wurde bereits Förderbedarf festgestellt / eine Frühförderung eingeleitet:  Nein  Ja, Förderbedarf: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ja, Frühförderung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| verantwortliche(r)  Förderschullehrer(in): | Tel.:  eMail: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Erziehungs- und Sorgeberechtigte: | | | |
| Name: |  | | |
| Anschrift: |  |  |  |
| Straße | PLZ | Ort |
| Tel.: |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Die Beratung ist gewünscht als: | | |
| **Systemberatung** | | |
| **Einzelfallberatung\***  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Unterschrift der Erziehungs- / Sorgeberechtigten  *(\* Die Zustimmung und Kenntnisnahme der Erziehungs- / Sorgeberechtigten ist notwendig!)* | | |
| Ort / Datum: | | |
| Unterschrift  Leiterin / Leiter der KITA | Unterschrift Förderschullehrkraft | Unterschrift  Erzieherin / Erzieher |

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