|  |
| --- |
| 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) |