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

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