

Beratungsanfrage

Schulstempel	Datum: LehrerIn:
--------------	-------------------------

Name des Schülers/der Schülerin:	Geburtsdatum/-ort:
Nationalität, Sprachen in der Familie:	Klasse/Schulbesuchsjahr:
Erste Einschulung:	Vorklasse: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Kindergarten: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Zurückstellung vom Schulbesuch: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Wiederholung der Klasse: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, welche	Vorlaufkurs: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja

Beratungsanlass:

Bisherige Fördermaßnahmen in der Schule:	Fördermaßnahmen, Therapien und Betreuung außerhalb der Schule:
Zusammenarbeit mit den Eltern:	Sonstiges (z.B. diagnostische Untersuchungen):

Wie wünschen Sie sich, dass wir tätig werden?

<input type="radio"/> Beratungsgespräch	<input type="radio"/> Lernstandserhebung
<input type="radio"/> Hospitation im Unterricht	<input type="radio"/> Informationsmaterial
<input type="radio"/> Gespräch mit den Eltern	<input type="radio"/> Hilfen bei der Kontaktaufnahme mit außerschulischen Einrichtungen
<input type="radio"/> Gespräch mit dem Schüler/der Schülerin	<input type="radio"/> Sonstiges

Wie sind Sie zu erreichen? (Telefon, Email)