

Stempel der Schule

Beratungs- und Förderzentrum Homberg

August-Vilmar-Straße 4

34576 Homberg/ Efze Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Betr.: Meldung eines Kindes mit erheblichen Schwierigkeiten beim Lernen und/ oder der sozialen-emotionalen ENTWICKLUNG**

*Wir bitten um Beratung*

Name des Kindes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Laufbahn des Kindes :

Klasse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Klassenlehrer / in: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Land:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Zurückstellung vom Schulbesuch : | / |
| Vorklasse: | / |
| 1. Schulbesuchsjahr : | / |
| 2. Schulbesuchsjahr: | / |
| 3. Schulbesuchsjahr : | / |
| 4. Schulbesuchsjahr :Dokument1 | / |
| 5. Schulbesuchsjahr: | / |
| 6. Schulbesuchsjahr : | / |
| Schulwechsel: |  |
| Eltern des Kindes : |  |
| Mutter: |  |
| Vater: |  |
| Pflegeeltern/Sorgeberechtigte:  |  |

Anschrift der Sorgeberechtigten/ Eltern :

Straße: ..............................................................................................................................

Wohnort: ..............................................................................................................................

Telefon: ..............................................................................................................................

Auftrag an das Beratungs- und Förderzentrum **– Ziel der Beratung**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

Kurzbericht/ stichpunktartig zum Entwicklungsstand des Kindes

Sprache:

 Lesen:

Schreiben:

Rechnen:

Mitarbeit / Lernverhalten

Sozialverhalten:

Besondere Auffälligkeiten / Schwierigkeiten:

Zusammenarbeit mit dem Elternhaus:

Angaben zur Klasse

Klassenstärke :

Niveau der Klasse

Die Eltern wurden über die beantragte Beratung am .............................. informiert.

Die Eltern sind mit der beantragten Beratung einverstanden / nicht einverstanden.

**Bisherige Maßnahmen zur Überwindung bestehender Schwierigkeiten :**

(Bitte ankreuzen und gegebenenfalls näher erläutern)

🗆 Spieltherapie

🗆 Familien-Erziehungsberatung

🗆 Sprachheiltherapie

🗆 Lese-Rechtschreibförderung

🗆 Päd. Frühförderung

🗆 Zurückstellung

🗆 Klassenrücknahme

🗆 Ergotherapie

🗆 Krankengymnastik

🗆 Legasthenikertherapie

🗆 Vorklasse

🗆 Klassenwiederholung

🗆 Nachhilfeunterricht

🗆 Vorklasse

🗆 Jugendhilfe

🗆 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🗆 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🗆 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🗆 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🗆 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🗆 Hausaufgabenhilfe

🗆 Einzelförderung in .......................................................

🗆 Binnendifferenzierende Unterrichtsmaßnahmen in ..........................................

Datum :................................. —————————————————

 Unterschrift Klassenlehrer / in

Sichtvermerk / Stellungnahme der Schulleitung :

Datum : ............................. ————————————————

 Unterschrift Schulleitung

Vor Einschaltung des BFZ bitte …

* sprechen Sie mit den Eltern und informieren Sie die Eltern über die Unterstützungsangebote des BFZ
* lassen Sie die Einverständniserklärung unterschreiben
* sichten Sie die Schülerakte
* dokumentieren Sie bitte alle bisherigen Maßnahmen in der Schülerakte

Bitte das Deckblatt der Schülerakte in Kopie mit anhängen. Danke