

Antrag auf Individualhilfe / Kooperation

Direkt an das zuständige SBBZ:

Antrag stellende Schule (Stempel)	
(wenn bekannt) Name KlassenlehrerIn	
Datum	Schulleiterin/ Schulleiter

Anträge für das kommende Schuljahr bitte bis spätestens 15.06. einreichen

Der Antrag bezieht sich auf folgende Schüler/-in:

Name, Vorname	geboren am	Schuljahr / Klasse
		Im Schuljahr...../.....
Anschrift mit Telefon		
<input type="checkbox"/> Einverständnis der Eltern liegt vor	<input type="checkbox"/> Einverständnis der Eltern liegt nicht vor	

1. Förderschwerpunkte:

<input type="checkbox"/> Hören	<input type="checkbox"/> Sprechen	<input type="checkbox"/> Sehen	<input type="checkbox"/> Motorik
--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	----------------------------------

2. Art der Hilfeanforderung/en (mehrere können angekreuzt werden)

<input type="checkbox"/> Beratung von Lehrkräften	<input type="checkbox"/> Beratung von Eltern
<input type="checkbox"/> Einzelfallbezogene Diagnose und Förderplanung	
<input type="checkbox"/> Unterstützung beim Aufbau von Hilfesystemen bzw. bei der Entwicklung von Förderkonzepten	
<input type="checkbox"/> Sonderpädagogische Förderung im Rahmen des Unterrichts	
<input type="checkbox"/> Sonderpädagogische Förderung in einer Gruppe	

3. Kooperationspartner/ Förderbedarf (abzusprechen mit/ auszufüllen von dem SBBZ)

<input type="checkbox"/> Zuständiges SBBZ für ein Hilfeangebot:	_____
<input type="checkbox"/> Förderbedarf festgestellt <input type="checkbox"/> nicht festgestellt	<input type="checkbox"/> Umfang _____
<input type="checkbox"/> Betreuung/ Förderung durch den SD möglich	<input type="checkbox"/> Betreuung/ Förderung nicht möglich
Einsatzdauer ca. von:	bis:
Datum:	Unterschrift: _____ (zuständige Fachkraft des SBBZ)

Sonstige Ergänzungen, Erläuterungen, Hinweise bitte Rückseite verwenden