|  |
| --- |
| **Antrag sonderpädagogischer Dienst** |

Ich/Wir stimme/n einer Beratung durch die Frühförderung/den Sonderpädagogischen Dienst für mein/unser Kind zu.

Die Beratung umfasst:

* Gespräche mit den Lehrkräften/Erzieher/innen Ihres Kindes
* Besuch des Unterrichts/Beobachtung Spiel/Vorschule
* Diagnostik zu Entwicklungsstand, Leistungsvermögen und Intelligenz
* Förderplanung mit den Kolleg/innen des Kindergartens/der allgemeinen Schule.

Alle Ergebnisse unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weiter gegeben. Die Ergebnisse und Informationen erhalten Sie in einem persönlichen Gespräch.

Mein/Unser Kind braucht Unterstützung besonders im Bereich (bitte den wichtigsten Bereich mit einem Kreuz markieren):

O Lernen

O Sprache

O Motorik

O Sozial-emotionale Entwicklung

O Geistige Entwicklung

O …………..……………………..

Name des Kindes: ………………………………………………… Geb. Datum: ………..

Sorgeberechtigte: ………………………………………………………………………..

Adresse: ………………………………………………………………………..

 ………………………………………………………………………..

Telefonnummer: ………………………………………………………………………..

Kiga/Schule/Klasse: ……………………………………………………………………………..

Wir sind damit einverstanden, dass folgendes SBBZ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

die Beratung übernimmt.

……………………………….................... ……………………………………………………………..

Ort, Datum Unterschrift Sorgeberechtigte