

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Name der Eltern, Telefon:

Heimatschule, Telefon:

Klasse:

Klassenlehrer/in:

Schullaufbahn (Schulkiga, Einschulung, Wiederholung, Schulwechsel, ...):

Schulform:

Beratung:  Schulpsychologe \_\_\_\_\_

mobiles Beratungsteam \_\_\_\_\_

Festgestellter sonderpädagogischer Förderbedarf:

Lernen  geistige Entwicklung  Hören

Sprache  körperliche & motorische Entwicklung  Sehen

emotionale & soziale Entwicklung → zuständiges Beratungsteam: \_\_\_\_\_

außerschulische Förderung:  Legasthenie (Lese-Rechtschreibstörung)

Dyskalkulie (Rechenstörung)

sonstige: \_\_\_\_\_

Kontakt mit der Heimatschule:  erwünscht

nicht erwünscht

Dokumentenart	Freigabedatum	Version	vom GF genehmigt	Seite
Formular	24.05.2019	5	ja	1 von 1