**Antrag\* auf Beratung**

durch das Förder- und Beratungszentrum für den Landkreis Bad Kreuznach

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |       |  |
| *Name, Vorname des Kindes* | *Geburtsdatum* | *Geschlecht* |
|       |       |       |
| *Straße* | *Hausnummer* | *Staatsangehörigkeit* |
|       |       |
| *PLZ Wohnort* | *Schulbesuchsjahr* |
|       |       |
| *Klassenlehrer/Email* | *Klassenstufe* |
|       |
| *z.Zt. besuchte Schule/Einrichtung* |
|       |
| *ggf. andere besuchte Einrichtung (Ansprechpartner)* |
|       |
| *Name, Vorname der Eltern bzw. Sorgeberechtigten* |
|       |
| *PLZ Wohnort* |
|       |       |
| *Straße* | *Hausnummer* |
|       |       |
| *Telefon/Handy* | *Email* |
|       | [ ]  |
| *Zuständiges Jugendamt* | *bereits eingeschaltet* |
|  | **[ ]**  |
| *Zuständiges Sozialamt* | *bereits eingeschaltet* |
|  | **[ ]**  |
| *Schulpsychologischer Dienst* | *bereits eingeschaltet* |

**Anlass und Begründung des Antrages:**

**Bisherige Fördermaßnahmen der Schule oder anderer Einrichtungen (ggf. Förderplan beifügen):**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Name der Schule (Schulstempel) Datum, Unterschrift der Schulleitung***

***\*Der Antrag erfolgt in Abstimmung mit der Leitung der besuchten Schule/Einrichtung***

**Informationen zur Beratungsanfrage**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| *Name, Vorname des Kindes* | *Geburtsdatum* |
|  |  |  |
| *z.Zt. besuchte Schule bzw. Einrichtung* | *Klassenstufe* | *Schulbesuchsjahr* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Beginn der Schulpflicht* |  | *Zurückstellung vom Schulbesuch* |  |
| *Wiederholung einer Klasse* |  | *Wenn ja,**wie oft?* |  | *Päd. Versetzung* |  |
| *Sonderpäd. Förderbedarf* |  | *Wenn ja, FSP angeben!* | *Förderschwerpunkt* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Deutsch ist** | **Das Kind geht regelmäßig** |
| [ ]  | die Muttersprache | **seit dem** | **zur** |
| [ ]  | die Zweitsprache |  | [ ] Logopädie |
| **Herkunftssprache/Familiensprache ist** |  | [ ] Ergotherapie |
|  | [ ] Physiotherapie |
| [ ]  | sprachl. Auffälligkeiten zeigen sich auch in der Herkunftssprache/Familiensprache |  | [ ] außerschul. Fördermaßnahme      |
| *Beschreibung der außerschul. Fördermaßnahme* |

**Familiäre Situation**

**Medizinische Indikationen**

**Sozialverhalten**

**Vorschulischer Werdegang**

**Schulischer Werdegang**

**Lern- und Arbeitsverhalten**

**Motorik/Wahrnehmung [ ] unauffällig [ ]  oder**

**Sprache/Kommunikation [ ] unauffällig** **[ ]  oder**

*Schulleistungen*

**Deutsch [ ] Leistungen entsprechen den Anforderungen [ ]  oder**

**Mathematik [ ] Leistungen entsprechen den Anforderungen [ ]  oder**

**andere Fächer [ ] Leistungen entsprechen den Anforderungen [ ]  oder**

**besondere Stärken**

**Problemschilderung**

**Zusammenarbeit mit den Eltern/Sorgeberechtigten**

**Zusammenarbeit mit außerschulischen Institutionen**

**weitere Anmerkungen / bevorzugte Tage für eine Beratung**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Montag | Dienstag | Mittwoch | Donnerstag | Freitag |
| **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Datum, Unterschrift Antragsteller/in***