FBZ Vulkaneifel – Standort Gerolstein

Waldstraße 17

54568 Gerolstein

**Beratungsanfrage**

per EPoS an 31897

per Fax an 06591/ 985187

per Post

1. **Personalien**

Name, Vorname des Kindes Geburtsdatum Alter m/ w/ d

 Name Personenberechtigte (Eltern) Wohnort (Meldeadresse)

Besuchte Einrichtung Klassenstufe/ Schulbesuchsjahr

wiederholte Klassenstufe freiwilliges Zurücktreten

Informationen zur Herkunft (wie bspw. Nationalität, Muttersprache, Zuzugsjahr)

1. **Beiliegende Unterlagen (wenn vorhanden)**

[ ]  Förderplan der Schule [ ]  Ärztliche Berichte

[ ]  Therapeutische Berichte [ ]  Jugendhilfe

Weitere Unterlagen

|  |
| --- |
|  |

1. **Beratungsbedarf (individueller Förderbedarf)**

[ ]  Lernen [ ]  Motorik [ ]  Sozial-Emotionale Entwicklung

[ ]  Sprache [ ]  Sehen

[ ]  Ganzheitliche Entwicklung [ ]  Hören

**Nähere Spezifizierung des Beratungswunsches**

[ ]  Mathematik [ ]  Deutsch

[ ]  Konzentration/ Aufmerksamkeit [ ]  Arbeitsverhalten

[ ]  Sozialverhalten [ ]  Wahrnehmung

Sonstiges

|  |
| --- |
|  |

**Konkrete Beschreibung der Auffälligkeiten (stichpunktartig)**

|  |
| --- |
|  |

1. **Bisher erfolgte schulische Fördermaßnahmen**

|  |
| --- |
|  |

1. **Was ist ihr konkretes Beratungsanliegen (Pflichtfeld)**

|  |
| --- |
|  |

1. **Kontaktmöglichkeit**

Name der Lehrkraft Telefonnummer

Emailadresse

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

Ort, Datum Unterschrift antragstellende Lehrkraft

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

 Unterschrift Schulleitung