****

****

Alexander

Schmorell

Schule

# *Anmeldung zur Beratung*

**Daten zur Person und Schule** Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name des Kindes: |  |  | Schule / Kita: |  |
| Vorname: |  |  | Klasse / Gruppe: |  |
| geb. am: |  |  | Schulbesuchsjahr: |  |
| Adresse: |  |  | Lehrkraft: |  |
|  |  |  | Telefon dienstlich: |  |
| Eltern:  |  |  | Telefon privat: |  |
| Telefon: |  |  | e-Mail |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Das rBFZ ist involviert: |  | JA |  | Nein |
| rBFZ-Kraft: | Telefon/Mail: |

|  |  |
| --- | --- |
| Diagnose / Anlass des Antrages: | (Bitte ggf. auch Rückseite verwenden) |
|  |
|  |
|  |
| Bisherige Maßnahmen (schulintern,außerhalb, ...): | (Bitte ggf. auch Rückseite verwenden) |
|  |
|  |
|  |

Die Eltern wurden informiert und ein schriftliches Einverständnis liegt vor.

Ort, Datum: Unterschrift

Ort, Datum: Unterschrift Schulleitung