

Name der Schule:	<input type="text"/>
Adresse:	<input type="text"/>
Schulnummer:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>
FAX:	<input type="text"/>
E- mail:	<input type="text"/>
Name der SchulleiterIn/ des Schulleiters:	<input type="text"/>
Name der Klassenlehrerin/ des Klassenlehrers:	<input type="text"/>

An die
Schule am Deich
Großer Stein 17
26789 Leer

Antrag auf körperbehindertenpädagogische Beratung

Schüler/in: geb. am:

Klasse:

Hiermit wird für der/die o.a. Schüler/in die Beratung durch den Mobilen Dienst beantragt.
Die Erziehungsberechtigten wurden durch die Schule über diesen Antrag benachrichtigt.

Erziehungsberechtigte:

Anschrift:

Telefon:

Klassenlehrer/in

Schulleiter/in

Beauftragung zur Durchführung der Beratung

Die Durchführung des Mobilen Dienstes wird im Rahmen der bestehenden Beauftragung
des Förderschullehrers / der Förderschullehrerin _____ angeordnet.

Achim Beckers, Schulleiter

Fragebogen zur körperbehindertenpädagogischen Beratung

Schüler/in:

geb. am:

Angaben zur Körperbehinderung

Name der Körperbehinderung

Bitte fügen Sie dem Fragebogen eine Kopie der schulärztlichen Untersuchung und ggf. andere Unterlagen bei.

Art des Beratungsbedarfs zur Körperbehinderung

Es besteht ein Beratungsbedarf

- | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| - bei den Lehrkräften | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - bei den Eltern | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - beim Kind | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Auswirkungen der Körperbehinderung auf den Unterricht

Der Schüler / Die Schülerin...

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| - hat Probleme, Unterrichtsorte aufzusuchen. | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - kann seinen Arbeitsplatz nicht einrichten. | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - verliert die Orientierung. | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - arbeitet wesentlich langsamer. | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - benötigt häufig Zuspruch. | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - klagt häufig über Schmerzen. | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - Sonstiges: | | |

Auswirkungen der Körperbehinderung im Umfeld des Unterrichts

Der Schüler / Die Schülerin...

- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| - braucht pflegerische Hilfen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|

Art der Pflege

Diese Pflege führt zurzeit aus:

Welche schulinternen Maßnahmen werden durchgeführt?

(Differenzierung, Elterngespräche, Beratungslehrer etc.)

**In welchem Bereich besteht Beratungsbedarf?
Was soll sich ändern?
Was ist das dringendste Problem?**

Horizontal line 1

Horizontal line 2

Horizontal line 3

Horizontal line 4

Horizontal line 5

Horizontal line 6

Horizontal line 7

Horizontal line 8

Horizontal line 9

Horizontal line 10

Horizontal line 11

Horizontal line 12

Horizontal line 13

Horizontal line 14

Horizontal line 15

Horizontal line 16

Horizontal line 17

Horizontal line 18

Horizontal line 19

Horizontal line 20

Large empty rectangular box for writing answers