

Name, Vorname _____

1. Art und Umfang des sonderpädagogischen Unterstützungsbedarfs

Schulärztliches Gutachten vom _____

Formulierter sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf und Förderschwerpunkt(e)

2. Sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf

Sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf liegt nicht vor ☐

Sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf ist noch nicht abschließend feststellbar ☐

Sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf liegt vor ☐

Sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf für ½ Jahr probeweise ☐

Förderschwerpunkt(e)

Vorrangiger Förderschwerpunkt: ☐ LE ☐ ES ☐ SQ ☐ GG ☐ KM ☐ SG ☐ SH ☐ _____

Weitere(r) Förderschwerpunkt(e): ☐ LE ☐ ES ☐ SQ ☐ GG ☐ KM ☐ SG ☐ SH ☐ _____

☐ **Gemeinsames Lernen**

☐ endgültig

☐ ggf. ½ Jahr probeweise (bei Förderortwechsel) ☐ Bericht zum _____

empfohlener Förderort: _____

zusätzliche Sachausstattung erforderlich:

☐ **Förderort Förderschule**

☐ endgültig

☐ ggf. ½ Jahr probeweise ☐ Bericht zum _____

empfohlener Förderort: _____

3. Beteiligung der Erziehungsberechtigten

Elterngespräch am: _____

Beteiligte: _____

4. Übereinstimmung mit den Erziehungsberechtigten

☐ wurde erzielt ☐ wurde nicht erzielt

Wunsch der Erziehungsberechtigten: _____

☐ die Erziehungsberechtigten sind trotz zweimaliger Einladung nicht erschienen.

Datum: _____ Gutachterin/Gutachter Sonderpädagogik

(Schulstempel Förderschule)

Datum: _____ Gutachterin/Gutachter der allgemeinen Schule

(Schulstempel der allg. Schule)