



Bericht über die Beratung

Name, Vorname des Kindes

Schule / Institution

Antragsteller

Klasse

FBZ Lehrkraft

1. *Dauer der Beratung*

2. *Schwerpunkte der Beratung*

Lern- und Arbeitsverhalten

Sprache

Emotionalität / Sozialverhalten

ganzheitliche Entwicklung

Wahrnehmung

Motorik

Beeinträchtigung des Hörens

Beeinträchtigung des Sehens

3. *Auftrag und Ziel*

4. *Maßnahmen*

5. *Ein individueller Förderplan wurde erstellt*



6. *Kooperation mit*

- | | | |
|---|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> <i>Klassenlehrer/in</i> | <input type="checkbox"/> <i>Eltern / Sorgeberechtigte</i> | |
| <input type="checkbox"/> <i>Fachlehrer/in</i> | <input type="checkbox"/> <i>Betreuer/in</i> | |
| <input type="checkbox"/> <i>Schulleiter/in</i> | <input type="checkbox"/> <i>Kausaufgabenbetreuung</i> | |
| <input type="checkbox"/> <i>Jugendamt</i> | <input type="checkbox"/> <i>andere Behörden</i> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> <i>Ärzte / Psychologen</i> | <input type="checkbox"/> <i>Therapeuten</i> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> <i>außerschulische Einrichtungen</i> | <input type="checkbox"/> <i>Sonstige</i> | <input type="text"/> |

7. *Ergebnisse*

8. *Zielperspektiven*

Ort / Datum

FBZ-Lehrkraft

FBZ-Leitung