



Bericht über die Beratung im FSP sozial-emotional

Name, Vorname des Kindes

Schule / Institution

Antragsteller

Klasse

FBZ Lehrkraft

1. *Dauer der Beratung*

2. *Zusätzliche Beratungsbereiche*

- Lern- und Arbeitsverhalten*
- Motorik*
- Wahrnehmung, Beeinträchtigung des Hörens oder Sehens*
- Sprache*

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="checkbox"/> <i>Ärzte / Psychologen</i> | <input type="checkbox"/> <i>Therapeuten</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>außerschulische Einrichtungen</i> | <input type="checkbox"/> <i>Sonstige</i> |

7. *Ergebnisse*

8. *Zielperspektiven*



9. weitere Maßnahmen

Klärungsphase/Clearing

Übergänge

weitere förderdiagnostische Abklärung

Stammschule für BeratungSS

Absprache mit Jugendamt

Schule mit FSP SE

Regelschule

SPS

Stat./teilstat. Maßnahme

Diagnose-/Korridorklasse

Ort / Datum

FBZ-Lehrkraft

FBZ-Leitung