

Abschlussbericht über die Beratung

für das Kind/den Jugendlichen

Geburtsdatum

Schule/Institution

Klasse

Antragsteller

FBZ-Lehrkraft

1. Dauer der Beratung

2. Schwerpunkte in der Beratung

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lern- und Arbeitsverhalten | <input type="checkbox"/> Sprache |
| <input type="checkbox"/> Emotionalität/Sozialverhalten | <input type="checkbox"/> ganzheitliche Entwicklung |
| <input type="checkbox"/> Wahrnehmung | <input type="checkbox"/> Motorik |
| <input type="checkbox"/> Hören | <input type="checkbox"/> Sehen |

1

3. Auftrag / Ziel

4. Maßnahmen

5. Kooperation mit

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

6. Ergebnisse

2

7. weitere Perspektiven

Ort / Datum

FBZ-Lehrkraft

FBZ-Leitung