

Name der Schule:	
Adresse:	
Schulnummer:	
Telefon:	
FAX:	
E- mail:	
Name der SchulleiterIn/ des Schulleiters:	
Name der Klassenlehrerin/ des Klassenlehrers:	

An die
Pestalozzischule Leer
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.

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?
