

Stempel der Volksschule:

Ort

Datum

An die
Johannes-Still-Schule
Sonderpädagogisches Förderzentrum
Theaterstraße 7
84307 Eggenfelden

Tel.: 08721/9657-13
Fax: 08721/9657-30

ANFORDERUNG EINER SONDERPÄDAGOGISCHEN BERATUNG

Name des Schülers: _____ geb. am: _____

Anschrift

Name des Vaters

Telefon

Name der Mutter

Telefon

Name der Klassenleitung, ggf. E-Mail-Adresse oder Telefonnummer

Elternsprechstunde

Schullaufbahn (bei Zurückstellung bitte das Schuljahr eintragen und die entsprechende Jahrgangsstufe streichen)

| | | | | | | | | | | |
|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Schuljahr | | | | | | | | | | |
| Jahrgangsstufe | | | | | | | | | | |

Grund der Anforderung / genaue Problemstellung:

Schulleistungen:

Sprachverhalten:

Lern- und Leistungsverhalten:

Sozialverhalten / Konkrete Vorfälle:

Familiensituation:

Gesundheitliche Daten:

Bisherige schulische und außerschulische Maßnahmen sowie Kontakte Elternhaus/Schule:

_____, den _____

Klassenlehrer/in

Schulleiter/in