**Antrag auf Beratung durch das Förder- und Beratungszentrum Rhein-Hunsrück-Kreis**

Name, Vorname des Kindes Geburtsdatum

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Straße Plz/ Wohnort

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Staatsangehörigkeit Muttersprache Klassenstufe

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Name und Anschrift der Erziehungsberechtigten

|  |
| --- |
|  |

Klassenleitung Weitere Ansprechpartner\*innen

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Kontaktdaten/Erreichbarkeit der antragstellenden Lehrkraft

|  |
| --- |
|  |

Besuchte Einrichtung (Name, Adresse Telefon, E-Mail)

|  |
| --- |
|  |

Name, Vorname des Kindes

|  |
| --- |
|  |

Vorschulischer / schulischer Werdegang

|  |
| --- |
|  |

Zurückstellung vom Schulbesuch ****[ ] **ja** [ ]  **nein**

Wiederholung einer Klasse [ ]  **ja** [ ]  **nein**

 **Wenn ja, Klassenstufe(n): \_\_\_\_**

Sonderpädagogischer Förderbedarf[ ]  **ja** [ ]  **nein**

|  |
| --- |
|  |

wenn ja, Förderschwerpunkt

Jugendamt einbezogen [ ]  **ja** [ ] **nein**

Wenn ja, Ansprechpartner:

|  |
| --- |
|  |

**Beratungsbedarf**

Beschreibung der Problematik (gerne auch in Stichworten/Fortführung auf Extrablatt möglich)

|  |
| --- |
|  |

Name, Vorname des Kindes

|  |
| --- |
|  |

Bisher durchgeführte Fördermaßnahmen (ggf. Förderplan beilegen)

|  |
| --- |
|  |

Außerschulische Förderung / Therapien falls durchgeführt.

|  |
| --- |
|  |

Konkrete Fragestellung an das FBZ

|  |
| --- |
|  |

Der Antrag erfolgt in Abstimmung mit der Leitung der besuchten Schule/Einrichtung.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift Antragsteller/Antragstellerin