

Schule

(Stempel):

Ort:

Telefon:

Telefax:

Datum:

Pestalozzische Schule Tübingen

Meldung zur

sonderpädagogischen Kooperation

☎ 07071 97 31 21 (Rektorat)

☎ 07071 97 31 23 (Lehrerzimmer)

☎ 07071 97 31 22 (Sekretariat Mo/Mi/Fr: 8 – 10.30 h)

Fax: 07071 973125

Es schreibt:

Für den/die nachfolgend genannten Schüler/Schülerin sehen wir einen Bedarf an Beratung durch den sonderpädagogischen Dienst:

| | |
|---|--|
| Mädchen <input type="checkbox"/> Nachname: _____ Junge <input type="checkbox"/> Vorname: _____ geb.: _____ Telefon: _____ Name Vater / Mutter: _____ | Klasse: _____ Klassenlehrer/in: _____ Telefon: _____ Nationalität: deutsch: <input type="checkbox"/> andere: _____ |
| Erstmeldung: <input type="checkbox"/> Folgemeldung: <input type="checkbox"/> | Beratung Schülergruppe: <input type="checkbox"/> |
| Voraussetzung ist das Einverständnis der Eltern . Die Eltern sind informiert und einverstanden: <input type="checkbox"/> | Es sind weitere Elterngespräche nötig: <input type="checkbox"/> |
| Infos zur Vorschulzeit: | |
| Kindergartenbesuch <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> unbekannt | Dauer: _____ |
| Frühförderung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> unbekannt | Dauer: _____ |
| Infos zur Schullaufbahn: | |
| Zurückstellung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Einschulung am _____ |
| Klassenwiederholung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Klasse: _____ freiwillig: <input type="checkbox"/> |
| Beschreibung Problembereich: | |
| _____ | |
| _____ | |
| _____ | |
| Mathematik: _____ | |
| Deutsch: _____ | |
| Arbeiten und Lernen: _____ | |
| Sozialverhalten: _____ | |
| Sprache: _____ | |
| Wahrnehmung, Motorik: _____ | |
| Weitere Informationen eventuell auf Zusatzblatt: (Familiensituation, Betreuungssituation – Jugendhilfe - Besonderheiten aus der Zeit vor der Einschulung - zum gegenwärtigen Zeitpunkt (häufig krank, Brille etc.)) | |
| Bisherige Maßnahmen der Schule (erster Schritt): (Fortsetzung auf der Rückseite des Blatts) | |
| Kontakt Beratungslehrer: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Binnendifferenzierung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Förderunterricht: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Empfehlung Lerntherapie o.ä.: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| _____ | |
| _____ | |

Datum: _____ Unterschrift: _____

Formular im internet: www.pestalozzische-schule-tuebingen.de – per email an: fs@tue.schule.bwl.de