

**Überregionale ambulante und mobile Angebote**

Emotionale u. soziale Entwicklung     Autismus     Geistige Behinderung

Angaben zur derzeitig besuchten Schule

Anschrift:			
Telefonnummer:		E-Mail:	

**Antrag auf ÜamA-Beratung**

im Rahmen der überregionalen ambulanten und mobilen Angebote für

Name des/der Schülers/in	Geburtsdatum	Muttersprache	KI/ Sbj

**Angaben zur Klassenlehrerin / zum Klassenlehrer**

Name:		Telefonnummer:	
E-Mailadresse:			

Für die Schülerin / den Schüler wurde bereits ein sonderpädagogischer Förderbedarf im Bereich

festgestellt:     Ja     Nein

Es liegt ein Bescheid vom LSchA vor:     Ja     Nein

Es liegt bereits eine Diagnose vor (welche?)

**Angaben zur verantwortlichen Förderschullehrerin / zum Förderschullehrer**

Name:		Telefonnummer:	
E-Mailadresse:			

**Angaben zu den Erziehungs- und Sorgeberechtigten**

Name:			
Anschrift:			
Telefon:			

Die Beratung\* ist gewünscht als     Systemberatung     Einzelfallberatung

\*(Zustimmung und Kenntnisnahme der Erziehungs-/ Sorgeberechtigten ist notwendig)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungs-/ Sorgeberechtigte

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

**Problemdarstellung** Beratungsanlass; Erwartungen an den Beratungsprozess

**bereits durchgeführte Maßnahmen:** Kurzfassung bisheriger (med.) Untersuchungen

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
Schulleiter/in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
Förderschullehrkraft

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
Klassenlehrer/in

\_\_\_\_\_  
Datum