

# Anlage 1



## Medizinische Angaben

Liegen **Sinnesbeeinträchtigungen** im Bereich des **Sehens** oder des **Hörens** vor?

Wenn ja, werden diese durch **Hilfsmittel** umfassend ausgeglichen? (Wenn nein: Bitte fachärztliche Überprüfung bei den Eltern in Auftrag geben.)

## Bisherige Fördermaßnahmen

Seit welchem Datum findet Unterstützung durch einen **Lernplan** statt?

<b>Art der Förderung</b> (Einzelförderung/ Kleingruppenförderung/ Förderung im Klassenverband/ ...)	<b>Zeitraum</b> (Datum)	<b>Realistischer zeitlicher Umfang</b> (genaue Anzahl der Wochenstunden)	<b>Durchführende Person</b> (KlassenlehrerIn, FachlehrerIn, SonderschullehrerIn, Schulassistent, Schulbegleitung/ ...)

Welche **außerschulischen Therapien** wurden bereits in Anspruch genommen?

<b>Therapieform</b> (Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie...)	<b>Zeitraum:</b> von... bis...

Welche **Institutionen und Einrichtungen** sind bisher in die Förderung einbezogen worden? (z. B. Vorwerker Kliniken (Büchen), Jugendamt, Schulische Erziehungshilfe, Nachmittagsbetreuung, Hausaufgabenhilfe...)

Welche Maßnahmen führten bisher zu Lernerfolgen?

### Anzahl der Fehltage

Fehltage im **aktuellen** Schuljahr:

Fehltage im **letzten** Schuljahr: