



Förder- und Beratungszentrum Alzey-Worms

Dr. Georg-Durst-Str. 30, 55232 Alzey

Tel: 06731/4984220

info@fbz-alzey-worms.de

Antrag auf Beratung

Beratungsanfrage vom (Datum) _____

AntragstellerIn/Funktion _____

Telefon: _____

Mail der Kontaktperson: _____

Name, Vorname des Kindes		Geburtsdatum	Geburtsort	Geschlecht
Straße, Hausnummer		PLZ Ort		Staatsangehörigkeit
Name der Eltern/Sorgeberechtigten		Anschrift (falls abweichend)		
Telefon der Eltern/Sorgeberechtigten			Deutschkenntnisse	
Schule	Anschrift		Telefon	
Schulbesuchsjahr	Klassenstufe	Beginn Schulpflicht	Ggf. Zurückstellung	
Wiederholung einer Klasse		Welche?		
<input type="checkbox"/> Ja (<input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> nicht versetzt) <input type="checkbox"/> Nein				
Versetzung gefährdet:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Bereits festgestellter Förderbedarf (bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Ja Förderschwerpunkt:		<input type="checkbox"/> Nein	
Zuständiges Jugendamt	Zeitraum	Ansprechpartner, Telefon		
Schulpsychologischer Dienst	Zeitraum	Ansprechpartner, Telefon		
Medizinische Indikation/Diagnosen				
Außerschulische Maßnahmen (mit Anschrift/Telefon)				Seit wann?
<input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Sonstige				

Die Schülerin/der Schüler (bitte zutreffendes ankreuzen)
<input type="checkbox"/> bearbeitet den gleichen Inhalt wie die Klasse <input type="checkbox"/> erhält teilweise differenziertes Material in folgenden Fächern: <input type="checkbox"/> bearbeitet individuelle Inhalte in folgenden Fächern
Wo liegen die Stärken/Ressourcen/Kompetenzen?

Problembeschreibung und Formulierung des konkreten Anliegens für die Beratung (bitte Förderplan beifügen falls vorhanden)