**Antrag auf Beratung durch das Förder- und Beratungszentrum Mayen-Koblenz**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  |  | | | |
| *Name, Vorname des Kindes* | | |  | *Geburtsdatum* | | | |
|  | | |  |  | | | |
| *Straße* | | |  | *Geschlecht* | | | |
|  | | |  |  | | | |
| *PLZ Wohnort* | | |  | *Staatsangehörigkeit* | | | |
|  |  |  |  |  | | | |
| *SBJ* |  | *Klassenstufe* |  | *Klassenlehrer/in* | | | |
|  | | |  |  | | | |
| *Ggf. andere besuchte Einrichtung* | | |  | *Ansprechpartner* | | | |
|  | | | | | | |  |
| *Name und Anschrift der Eltern bzw. Sorgeberechtigten* | | | | | | | |
|  | | | | | | |  |
| *Zuständiges Jugendamt* | | |  | *bereits eingeschaltet* | | | |
|  | | | | | | |  |
| *Zuständiges Sozialamt* | | |  | *bereits eingeschaltet* | | | |
|  | | | | | | |  |
| *Schulpsychologischer Dienst* | | |  | *bereits eingeschaltet* | | | |
| ***Anlass und Begründung des Antrages*** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| ***Bisherige Fördermaßnahmen der Schule oder anderer Einrichtungen (Förderplan beifügen)*** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| ***Der Antrag erfolgt in Abstimmung mit der Leitung der besuchten Schule/Einrichtung*** | | | | | | | |
|  | | | | |  |  | |
| *Name der Schule* | | |  | | *Datum* | | |

*Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*