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