

B 04 Bericht über eine Vorbeugende Maßnahme

Beratungs- und Förderzentrum

Angaben zur Person	
Name, Vorname des Kindes:	
Geburtsdatum:	Klasse:
Schule:	Klassenlehrer/ in:
Beratungszeitraum:	Lehrkraft rBFZ:
Vorbeugende Maßnahme im Bereich: <input type="checkbox"/> Lernen <input type="checkbox"/> emotionale/ soziale Entwicklung <input type="checkbox"/> Sprache <input type="checkbox"/>	
Berichtsanlass:	

Anlass / Fragestellung:

Schwerpunkte der Beratung und Förderung:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arbeitsverhalten | <input type="checkbox"/> Sozialverhalten |
| <input type="checkbox"/> Deutsch | <input type="checkbox"/> Mathematik |
| <input type="checkbox"/> Konzentration | <input type="checkbox"/> Sprache |
| <input type="checkbox"/> Psychische Beeinträchtigung | <input type="checkbox"/> Schullaufbahnberatung |
| <input type="checkbox"/> Wahrnehmung (Hören/ Sehen) | <input type="checkbox"/> Motorik |
| <input type="checkbox"/> Hochbegabung | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |

Maßnahmen:

Kooperationspartner:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schüler/ in | <input type="checkbox"/> Sorgeberechtigte |
| <input type="checkbox"/> Klassenlehrer/in | <input type="checkbox"/> Fachlehrer/ innen |
| <input type="checkbox"/> Sozialer Dienst | <input type="checkbox"/> Ärzte/ Psychologen |
| <input type="checkbox"/> Förderinstitute | <input type="checkbox"/> Therapeuten |
| <input type="checkbox"/> Hort/ Betreuung | <input type="checkbox"/> Anderes regionales BFZ |
| <input type="checkbox"/> Überregionales BFZ | <input type="checkbox"/> Schulpsychologie |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | |

Ergebnis der Beratung/ Förderung:

Ort, Datum

Name in Druckbuchstaben/ Unterschrift der
Lehrkraft des rBFZ