BFZ:

Schule:

Schuljahr:

**BFZ-Lehrkraft**

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname |       |
| Telefon |       |
| E-Mail |       |

**Anzahl der Wochenstunden für Vorbeugende Maßnahmen und Inklusive Beschulungen**

[ ]  1. Halbjahr [ ]  2. Halbjahr

      Wochenstunden

**Schwerpunkte lt. Auftragsklärung**

[ ]  Emotionale und soziale Entwicklung [ ]  Lernen

[ ]  Sprachheilförderung  [ ]  Geistige Entwicklung

[ ]  Hören  [ ]  Körperliche und motorische Entwicklung

[ ]  Sehen [ ]  Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Besondere Vereinbarungen**

|  |
| --- |
|            |

**Pflichtstunden** (bitte ankreuzen)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Montag | Dienstag | Mittwoch | Donnerstag | Freitag |
| 1. | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 2. | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 3. | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 4. | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 5. | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 6. | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 7. | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 8. | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| nachm. | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name in Druckbuchstaben/ Unterschrift der BFZ-Lehrkraft

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Name in Druckbuchstaben/ Unterschrift der Schulleiterin/ des Schulleiters der allgemeinen Schule