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