



Antrag zur Anerkennung einer Lese-Rechtschreibstörung

Schüler/Schülerin:

| | |
|-----------------|----------------|
| Name des Kindes | geb. |
| Klasse | Klassenleitung |

Kontaktdaten:

| | |
|---------------------------------|----------------|
| Name der Erziehungsberechtigten | |
| Straße/Hausnummer: | PLZ / Wohnort: |
| Telefon: | Email: |

Folgende Unterlagen legen wir dem Antrag bei: (z.B. fachärztliches Gutachten, ...)

Beratungsangebot:

- Ich benötige keine weitere Beratung (Schulpsychologe / Beratungslehrer).
- Ich nehme selbstständig Kontakt zur zuständigen Beratungsfachkraft auf.
Zuständige Schulpsychologin: Fr. Schäffner Tel.: 08051 6096-344, schaeffner@fhm-prien.de
Zuständiger Beratungslehrer: Hr. Seidel Tel.: 08051 6096-101

Schweigepflichtentbindung:

Ich erkläre mich einverstanden, dass die zuständige Schulpsychologin Kontakt aufnehmen kann ...

- mit Beratungsfachkräften mit dem Klassenlehrer
- mit _____ ggf. diagnostische Testverfahren durchgeführt werden;

Die angeführten Partner sind von der Schweigepflicht entbunden.
Die geltenden Datenschutz-Richtlinien werden anerkannt.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)