

Schulpsychologe:

Udo Kreisel

Heinrich-Thein-Schule

Hofheimer Straße 14-18; 97437 Haßfurt

Tel.: 09521 9225-0, Mobil: 0151 59118011

E-Mail: schulpsychologe@bs-hassfurt.de

Beiblatt zum Antrag bei Lese-Rechtschreib-Störung

Bitte diesen Bogen und alle Dokumente in einem verschlossenen Kuvert dem Antrag beilegen. Falls weitere Diagnostik erforderlich ist, wird dieser durch die Schule an den Schulpsychologen weitergeleitet.

1. Angaben zum Schüler

Familienname _____ Vorname _____ geboren am _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ _____ Wohnort _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Schule: _____ Klasse: _____

2. Ggf. Angaben zu den Erziehungsberechtigten*

Familienname _____ Vorname _____

Straße, Hausnummer (falls abweichend) _____

PLZ _____ Wohnort _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

*Anschrift angeben falls von der Anschrift der Schülerin/des Schülers abweichend.

3. Angaben zur Lese-Rechtschreib-Störung

Welche Diagnose liegt bereits vor? Lese-Rechtschreib-Störung

Lesestörung

Rechtschreibstörung

weitere: _____

Wann wurde die Diagnose erstmals gestellt? _____

Gibt es weitere fachärztliche Diagnosen? _____

Liegt eine Seh- und/oder Hörbeeinträchtigung vor? ja nein
Falls ja, ggf. Brille oder Hörgeräte zu einer Testung mitbringen

Welche Maßnahmen wurden in der letzten Schule gewährt? _____

Überblick über die bisherige schulische Laufbahn: _____

4. Bitte folgende Unterlagen in Kopie beilegen

- ✓ **neueste schulpsychologische Stellungnahme (falls vorhanden)**
- ✓ **fachärztliches Gutachten (falls vorhanden)**
- ✓ **Ein Grundschulzeugnis Klasse 2, 3 oder 4**
- ✓ **Abschlusszeugnis der allgemeinbildenden Schule**
- ✓ **letztes Zeugnis der zuletzt besuchten Schule, bzw. FFS (falls bereits vorhanden)**
- ✓ **aktuelle Schreibprobe (nicht verbessert, ca. 1-2 Seiten)**
(z.B. Kopie einer Schulaufgabe, selbstverfasster Aufsatz, Antworten auf offene Fragen, o. ä.)

5. Einverständniserklärung*

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass mein/unser Sohn, meine/unsere Tochter

_____, geb. am _____
Familiename, Vorname

im Rahmen einer Diagnostik und Beratung bei Verdacht auf Lese-Rechtschreib-Störung mit einem standardisierten Intelligenzverfahren getestet wird.

Ort, Datum

Unterschrift

*Von Erziehungsberechtigten minderjähriger Schüler auszufüllen