|  |  |
| --- | --- |
| (Name, Vorname) |  |
| (Straße, Hausnummer) |  |
| (PLZ, Wohnort) |  |

**Dokumentation: Erörterung der Förderdiagnostischen Stellungnahme**

Hiermit bestätige(n) ich/ wir durch unsere Unterschrift/en, dass ich/ wir über die Inhalte der Förderdiagnostischen Stellungnahme zu unserem Kind

|  |
| --- |
| (Name, Geburtsdatum des Kindes) |

informiert wurden.

Mir/ Uns wurde Gelegenheit gegeben, offene Fragen zu klären. Ich/ Wir wurde (n) ausreichend beraten. Eine Kopie der Stellungnahme wurde uns ausgehändigt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (Ort, Datum) |  | (Unterschriften) |

Mit der Empfehlung des Anspruchs auf sonderpädagogische Förderung im Bereich

⃝ Lernen

⃝ Sprache

⃝ Emotional- Soziale Entwicklung

⃝ Geistige Entwicklung

⃝ anderer Förderbedarf: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

⬜ bin ich/ sind wir einverstanden

⬜ bin ich/ sind wir **nicht** einverstanden

Wir wünschen eine Beschulung an folgendem Förderort:

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (Ort, Datum) |  | (Unterschriften) |