|  |  |
| --- | --- |
| **Name des Kindes** |  |
| **Schule, Klasse** |  |
| **Schuljahr** |  |
| **BFZ-Lehrkraft** |  |

**Diagnostischer Bericht**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Datum | Unterschrift BFZ-Lehrkraft | Bestätigung Schulleitung |