|  |  |
| --- | --- |
| An       | ***Sonderpädagogische Beratung durch den Sonderpäd. Dienst*** *im Förderschwerpunkt**[ ] LERNEN**[ ] SPRACHE**[ ] emotionale und soziale Entwicklung**[ ] SEHEN**[ ] HÖREN**[ ] geistige Entwicklung**[ ] körperliche und motorische Entwicklung* *oder chronische Erkrankung****Beratung durch die Autismusbeauftragte****[ ] Autismus* |

**Kooperationsbericht**

*[ ]* **zur Sonderpädagogischen Beratung
[ ]  zur Autismusberatung**

|  |
| --- |
| **Personenbezogene und schulbezogene Angaben** |
| Name/Vorname des Schülers/der Schülerin mit Adresse       | Geb.datum      |
| Besuchte Schule      | KlassenlehrerIn      |
| Schuljahr      | z. Zt. in Klasse       |
| Beratende Fachkraft der Sonderpädagogik     Verantwortliches SBBZ/ Verantwortlicher Fachdienst des SSA BK      |
| **Zusammenfassung und Interpretation**      **Empfehlungen**      |

|  |
| --- |
| **Dokumentation der Sonderpädagogischen Beratung (Kooperation)** |
| Datum | Maßnahme/ Ergebnisse |
|       |       |

      \_\_\_\_\_

(Ort, Datum) (Unterschrift Fachkraft der Sonderpädagogik)