|  |  |
| --- | --- |
| 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)