



Antrag auf Beratung

durch den Mobilen Sonderpädagogischen Dienst der Dr.-Karl-Kroiß-Schule

Name des Schülers/ der Schülerin:			geb.	
wohnhaft:	PLZ, Ort		Str. Nr.	
Hörschädigung	Art/ Grad der Hörschädigung		diagnostiziert/ festgestellt durch	
Hörgeräteversorgung:	<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/> Knochenverankertes Hörgerät	<input type="checkbox"/> Cochlea Implantat	<input type="checkbox"/> FM-Anlage
vorherige Abteilung der Dr.-Karl-Kroiß-Schule	<input type="checkbox"/> Pädaudiolog. Beratungsstelle	<input type="checkbox"/> Frühförderstelle	<input type="checkbox"/> MSH	<input type="checkbox"/> Grundschule/ Mittelschule
Eltern/ <small>Erziehungsberechtigte</small>	Mutter		Vater	
Nachname				
Vorname				
PLZ Ort				
Str. Nr.				
E-Mail-Adresse				
Telefonnummer				
Schule:				
	Name der Schule		Schulart	
Adresse	Straße Nr.		PLZ Ort	
Kontakt	Schulleiter/in		Telefon, Fax	
	Klassenleiter/in		E-Mail	
Jahrgangsstufe	Jahrgangsstufe / im Schuljahr:		Telefon/ E-Mail	
	Ort, Datum		Unterschrift der/ des Erziehungsberechtigten volljähriger Schüler/ volljährige Schülerin	

Mit der Unterzeichnung des Antrags geben wir unser Einverständnis, dass die MSD-Lehrkraft Informationen die Schule betreffend (auch Noten) bei den Klassenlehrern erfragt und dass Informationen über das oben genannte Kind innerhalb des Förderzentrums-Hören inklusive der Interdisziplinären Frühförderstelle (soweit in Anspruch genommen) weitergegeben werden.

© Dr.-Karl-Kroiß-Schule Würzburg - Förderschwerpunkt Hören