Information über den Unterstützungsbedarf bei festgestelltem sonderpädagogischem Förderbedarf, chronischer Krankheit, Behinderung oder vergleichbarer, lang andauernder Beeinträchtigung

Stempel der Schule

Name, Vorname/n des Kindes	Geburtsdatum des Kindes
Nachname, Vorname/n einer erziehungsberechtigten Person	Nachname, Vorname/n einer erziehungsberechtigten Person

Bitte kreuzen Sie die entsprechenden Angaben an.

Bei meinem/unserem Kind wurde:

- sonderpädagogischer Förderbedarf festgestellt. ☐ ja ☐ nein

wenn ja, welcher: _____

- eine chronische Krankheit festgestellt. ☐ ja ☐ nein

wenn ja, welche: _____

- eine Behinderung oder vergleichbare; lang andauernde Beeinträchtigung festgestellt. ☐ ja ☐ nein

wenn ja, welche: _____

Ich lege/Wir legen der Schule folgende schriftliche Nachweise (ärztliche Bescheinigung, Bescheide über sozialpädagogischen Hilfebedarf oder sonderpädagogischen Förderbedarf, ...) vor:

_____

_____

Im Rahmen der Sprachstandserhebung „Spiel mit mir!“ beantrage ich/beantragen wir aufgrund der oben genannten Beeinträchtigung(en) folgende Unterstützungsmaßnahmen (Nachteilsausgleich)[1] für mein (unser) Kind:

_____

_____

Berlin, den _____ _____

Unterschrift der erziehungsberechtigten Person(en)

_____

[1] Durch Maßnahmen des Nachteilsausgleichs darf das fachliche Anforderungsniveau der Leistungsanforderung nicht verändert werden. Der Nachteilsausgleich dient dazu das vorhandene Leistungsvermögen des Kindes darzustellen *(§ 58 (8) Schulgesetz)*.