**Sonderpädagogische Schülerakte**

**Teil II**

|  |
| --- |
| Anlage 8 |

**Verfahren zur Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs**

**III. Entscheidungsfindung**  § 5 Abs. SoFVO

*Beratung und Prüfung der Beschulungsmöglichkeiten*

*Protokoll des Koordinierungsgespräches*

Name: \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Beschulung inklusiv: |  |
| Beschulung am Förderzentrum: |  |
| Klassenstufe: |  |
| Schulische Unterstützungsmaßnahmen: |  |
| Nachteilsausgleich: |  |
| Beratung durch: |  |
| Individuelle Unterstützungsmaßnahmen: |  |
| Schulweg/ Beförderung: |  |

Bemerkungen:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort Datum

Leiter/in der Koordinierungsgespräche Amt-/ Dienstbezeichnung