21.08.25

|  |
| --- |
| **AZ: NW - - 25/26** |
| **Bitte nicht ausfüllen!** |

**Antrag auf Beratung durch das Förder- und Beratungszentrum Neustadt/Weinstraße**

Ich bitte für unten genannte:n Schüler:in um Beratung durch das FBZ NW:

| Lehrkraft | |
| --- | --- |
| Name, Vorname: |  |
| Telefon: |  |
| E-Mail: |  |

| Schule | |
| --- | --- |
| Name: |  |
| Adresse: |  |
| Telefon: |  |
| E-Mail: |  |

| Schüler:in | |
| --- | --- |
| Name, Vorname: |  |
| Geburtsdatum: |  |
| Nationalität: |  |
| Klasse: |  |
| Datum der Einschulung: |  |
| freiwillig zurückgetreten?  falls ja, bitte das Schuljahr angeben | ja  nein |
| Klasse wiederholt?  falls ja, bitte das Schuljahr angeben | ja  nein |

| Erziehungsberechtigte | |
| --- | --- |
| Name, Vorname: |  |
| Anschrift: |  |
| Telefon: |  |
| Name, Vorname: |  |
| Anschrift: |  |
| Telefon: |  |
| zusätzliche Angaben zum Sorgerecht: |  |
| Erziehungsberechtigte wurden über diesen Antrag informiert (ja/nein) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| aktueller Förderplan ist dem Antrag beigefügt | ja | nein |
| aktueller Förderplan wird nachgereicht | ja | nein |
| fand bereits eine Beratung durch das FBZ NW statt? | ja | nein |
| falls JA: AZ:  Nachfolgende Überprüfung des sonderpädagogischen Förderbedarfs wahrscheinlich: | | |
| ja  nein | | |

| Anliegen/Beratungsanlass: |
| --- |
|  |