

Athene-Grundschule

Steglitz-Zehlendorf
 Curtiusstraße 37
 12205 Berlin
 Tel.: 030/8100970
 Fax: 030/81009739

**Information über den Unterstützungsbedarf
 bei festgestelltem sozialpädagogischem Hilfebedarf,
 chronischer Krankheit, Behinderung oder vergleichbarer Beeinträchtigung**

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

Bei meinem/unserem Kind wurde sozialpädagogischer Hilfebedarf (in der Kita) festgestellt.

ja nein

oder

Bei meinem/underem Kind läuft ein Verfahren zur Feststellung von sonderpädagogischen Förderbedarf.

ja nein

Bei meinem/unserem Kind wurde

- eine chronische Krankheit festgestellt.

ja nein

Wenn ja, welche: _____

- eine Behinderung oder vergleichbare Beeinträchtigung festgestellt.

ja nein

Wenn ja, welche: _____

Bitte kreuzen Sie die entsprechenden Angaben an.

Ich lege/Wir legen der Schule folgende schriftliche Nachweise vor:

-
-
-

Im Rahmen der Sprachstandserhebung „Spiel mit mir!“ bitte(n) ich(wir) um folgenden Unterstützungsbedarf für mein (unser) Kind:

-
-
-

Berlin, den _____

 Unterschrift der erziehungsberechtigten Person(en)