

## Informationsaustausch im Rahmen der BFZ- Beratung vor Einschulung

Datum :

|   |   |                   |  |
|---|---|-------------------|--|
| Name des Kindes   |   |                   |  |
| Kindertagesstätte   |   |                   |  |
| Zuständige Grundschule  |   |                   |  |
| Name der Integrationskraft                                    |   | Telefon<br>E-Mail |  |
| Name der Mitarbeiterin/ des Mitarbeiters der Frühförderstelle |   | Telefon<br>E-Mail |  |
| Förderbedarf  |   |                   |  |
| Förderempfehlung  |   |                   |  |
| Empfehlung zur Einschulung                                    | <input type="checkbox"/> Einschulung 1. Klasse mit vorbeugenden Maßnahmen<br><input type="checkbox"/> Rückstellung und Besuch der Kindertagesstätte<br><input type="checkbox"/> Rückstellung und Besuch der Vorklasse<br><input type="checkbox"/> Teilnahme am Vorlaufkurs<br><input type="checkbox"/> Anspruch auf sonderpädagogische Förderung mit dem Förderschwerpunkt _____ wird vermutet. |                   |  |