



Antrag auf Unterstützung durch das überregionale Beratungs- und Förderzentrum

Der Antrag wird gestellt durch die Eltern die Schule die Institution: _____

Daten der Schülerin oder des Schülers		
Name		
Geburtsdatum		Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> div
Anschrift		
Schule		Klasse: SBJ:
Klassenlehrkraft		
Schulleitung		
Name und ggf. Anschrift der Eltern		Sorgerecht: <input type="checkbox"/> gemeinsam <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Vormund
	Tel. mobil:	
	E-Mail:	
Unterstützungssysteme		
<input type="checkbox"/> rBFZ von der _____-Schule:	Name der Lehrkraft:	Kontakt:
<input type="checkbox"/> Schulpsychologie	Name:	Kontakt:
<input type="checkbox"/> Jugendhilfe	Name:	Kontakt:
<input type="checkbox"/> Amb. Therapie	Name:	Kontakt:
Kurze Beschreibung des Anlasses zum Antrag/ Ausgangssituation		

Die Schweigepflichtentbindung und Informationen zum Datenschutz liegen bei.

 Ort/Datum

 Unterschrift des Antragstellenden