**Schulanfrage zur Beratung und Unterstützung durch das**

**Überregionale Förder- und Beratungszentrum Sehen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *Name, Vorname des Kindes* |  | *Geburtsdatum* |
|  | | |
|  |  |  |
| *Besuchte Schule / Förderort* |  | *Klassenstufe* |
|  |  |  |
| *Straße, PLZ, Schulort* |  | *Telefonnummer Schule* |
|  |  |  |
| *Schulleiter/-in* |  | *Wenn bekannt: Klassenlehrer/-in* |
|  | | |
|  |  |  |
| *Name, Vorname der Erziehungsberechtigten/Personensorgeberechtigten* |  | *Name, Vorname der Erziehungsberechtigten/Personensorgeberechtigten* |
|  |  |  |
| *Straße, PLZ, Wohnort der Erziehungsberechtigten/Personensorgeberechtigten* |  | *Straße, PLZ, Wohnort der Erziehungsberechtigten/Personensorgeberechtigten* |
|  |  |  |
| *Telefon und E-Mail-Adresse der Erziehungsberechtigten/Personensorgeberechtigten* |  | *Telefon und E-Mail-Adresse der Erziehungsberechtigten/Personensorgeberechtigten* |
|  | | |

|  |
| --- |
| *Anlass der Anfrage:* |

Augenärztlicher Bericht liegt bei

Augenärztlicher Bericht wird nachgereicht

Ich bin damit einverstanden, dass die **Speicherung personenbezogener Angaben gem. der aktuell gültigen Datenschutzverordnung sowie dem Schulgesetz § 67 Abs. 1 erfolgt.**

|  |
| --- |
|  |
| *Datum* |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Unterschrift Schulleitung / Schulstempel |