

Abschlussbericht (vertraulich)

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Adresse:

Klasse/Lehrperson:

Zuständige Fachperson

Name, Vorname:

Adresse:

Tel. Geschäft: Tel. Privat:

Ort: Datum: Unterschrift:

Durchgeführte Massnahme:

Schulische Heilpädagogik

Logopädie

Legasthenietherapie

Dyskalkulietherapie

Psychomotorik

Heilpädagogische Früherziehung

weitere:

Dauer: von bis

Pausen: von bis

Häufigkeit (Lektionen pro Woche)

Setting: einzeln gruppenweise (Gruppengrösse:) innerhalb der Klasse

Eingangsd Diagnose / Förderdiagnostische Standortbestimmung

Therapieziele / Förderziele

Verlauf

Jetziger Entwicklungs- und Lernstand

Bemerkungen

Kopien

 An die Eltern

 Zu den Akten

 SPD

 Lehrperson

 andere Fachperson:

Beilagen:

 Verlaufsbericht

 Lernbericht/Lernprofil usw.

 weitere