

## 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 .....