|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |       |  |       |

 Ort Datum

|  |
| --- |
| **- vertraulich an -** |
| Dr. Karen Anke Pistel oder Vertretung**F****1.0****2011** |
| **Kinder- und Jugendgesundheitsdienst** |
| Gesundheitsamt UnnaPlatanenallee 1659425 UnnaFON 02303/27-1159; FAX 023303/27-3459; E-Mail: karenanke.pistel@kreis-unna.de |

**Auftrag für die Erstellung eines schulärztlichen Gutachtens**

**F1.4**

**gem. §19 SchulG NRW und §13(3) AO-SF**

Auftraggeber: Schulamt für den Kreis Unna AZ: 40.2/AO-SF

|  |
| --- |
|       |
|  |

Auskunft: Koordinator/in für Gemeinsames Lernen (KoGL):

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |       |  |       | m [ ]  w [ ]   |  |  |  |
|  | Name, Vorname des Kindes |  | geb. am |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Erziehungsberechtigte: |       |
| Telefonnummer: |       |

**Aktuelle Beschulung**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Schule: |       |  |
| Jahrgangsstufe: | Schulbesuchsjahr: |  |
| Bildungsgang: |  |  |
| Schulbegleitung vorhanden: ja [ ]  nein [ ]  | / Schulbegleitung beantragt:  | ja [ ]  nein [ ]  |
| Es wurden bereits früher Verfahren gemäß AO-SF durchgeführt: | ja [ ]  nein [ ]  |
| Der Schule/ dem Schulamt liegen ärztliche/ medizinische Befunde vor:(Kopie ist beigefügt) | ja [ ]  nein [ ]  |

|  |  |
| --- | --- |
| Vermuteter Förderschwerpunkt: |  |
| Durch Schulaufsicht beauftragter vermuteter Förderschwerpunkt:(wird von Schulaufsicht ausgefüllt) |  |
| Schulischer Bericht zur Antragstellung: | siehe Anlage |

Beauftragte Lehrkräfte/ telefonische Erreichbarkeit:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. |       |
| 2. |       |

|  |  |
| --- | --- |
| Das Gutachten soll geschickt werden an :  |       |

(Schule des Kindes)

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Schulaufsicht)