**Abschlussbericht**

 **sonderpädagogischer Dienst**

**Name des Kindes:**

**Mitarbeiter/in SOPD**:

**Geburtsdatum:**

**Zuständiges SBBZ Lernen**

**Schule:**

**Klasse:**

**Schulbesuchsjahr:**

**Datum:**

|  |
| --- |
| **Ergebnis:** |
|   Feststellungsverfahren wird beantragt [ ]  [ ]   ja nein (voraussichtlicher sonderpädagogischer Bildungsanspruch)**Wählen Sie eine Fachrichtung aus** |

**Fragestellung:**

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

Ergebnisse der Diagnostik:

Hyphothese:

Inhalte der Kooperativen Förderplanung/ Maßnahmen zur Förderung

(s. Anlage Förderplan):

Zusammenfassung:

Unterschrift Mitarbeiter/in Sonderpädagogischer Dienst