**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