

Schulanschrift (Absender):	LDS-Schulnummer:	Datum der Gutachtenerstellung
----------------------------	------------------	-------------------------------

Pädagogisches Gutachten gem. § 13 AO-SF / Bericht

Bitte ankreuzen

An das
Schulamt für den
Rhein-Kreis Neuss
Oberstr. 91
41460 Neuss

- Neuantrag
bzw.
 Zweitgutachten

 Bericht nach Beobachtung / Probezeit

für den Schüler / die Schülerin		Identnummer	Geschlecht :X	Geboren
Name: Vorname:			weiblich männlich	am: in Ort, Land
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Telefon)				
Staatsangehörigkeit:	Konfession:	Aussiedler: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Asylbewerber: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Erstsprache: <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>
z. Zt. in Klasse:		Schulbesuchsjahr:	Untersuchungsalter:	
Name, Vorname der Sorgeberechtigten:				
Anschrift:			Telefon:	
erstellt von: Gutachter/in (allgemeine Schule)		Gutachter/in (Sonderpädagoge):		
Name:		Name:		
Schule:		Schule:		
Vorschlag der Gutachter an die Schulaufsichtsbehörde:				
<input type="checkbox"/> kein Bedarf an sonderpädagogischer Unterstützung		Vorrangiger Förderschwerpunkt: nachrangiger FSP:		
<input type="checkbox"/> Beendigung der sonderpäd. Unterstützung		<input type="checkbox"/> Lernen (LE) <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Wechsel des FSP		<input type="checkbox"/> Sprache (SQ) <input type="checkbox"/>		
Vorschlag Förderort:		<input type="checkbox"/> Emotionale u. soziale Entwicklung (ES) <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Gemeinsames Lernen		<input type="checkbox"/> Geistige Entwicklung (GG) <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Förderschule		<input type="checkbox"/> Körperliche u. motorische Entwicklung (KM) <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Gemeinsames Lernen / Förderschule		<input type="checkbox"/> Hören u. Kommunikation/schwerhörig (HK/SG) <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> Hören u. Kommunikation/gehörlos (HK/GH) <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> Sehen/Sehbehindert (SE/SH) <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> Sehen/Blind (SE/BL) <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> zusätzlich Autismus (§42)		
Datum und Unterschrift der Gutachter/innen:		Kenntnis genommen und weitergeleitet Datum und Unterschrift Schulleitung:		