Zusätzliche Anfrage für eine verstärkte sonderpädagogische Massnahme im Bereich Hörbeeinträchtigung (VM)

*Zu bearbeiten:*  *Sonderschulinspektorat SoA*   *Abklärungsstelle*

VM:

Gebärdensprachedolmetscher:in in der Regelgschule

Gebärdensprache zu Hause

Administrative Angaben des Kindes

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name und Vorname |  | | |
| Geburtsdatum |  | | |
| Datum des letzten Berichtes (Medizinisch, audio- pädagogisch, etc) |  | | |
| Weitere Therapien und Massnahmen |  | | |
| Schuljahr |  | Schulort |  |
| Beginn VM |  | | |

Aktuelle Situation

|  |
| --- |
| *Diagnose und/oder Verdachtsdiagnose* |

|  |
| --- |
| *Entwicklungsstand (kognitiv, emotional, sprachlich, Autonomie, Kommunikation)* |

|  |
| --- |
| *Förderliche Umweltfaktoren / hemmende Umweltfaktoren* |

Unterstützungsvorschlag VM

Anzahl Lektionen / Woche :

Dauer : von       bis      .

Stellungnahme und Unterschrift

|  |  |
| --- | --- |
| Stellungnahme des gesetzlichen Vertreters / der gesetzlichen Vertreterin |  |
| Ort und Datum |  |
| **Unterschrift gesetzl. Vertr.** |  |
| Stellungnahme der Leitung des audiopädagogischen Dienstes |  |
| **Ort und Datum** |  |
| **Unterschrift der Leitung des audiopäd. Dienstes** |  |

Berichte (medizinisch/ therapeutisch) :

-

-

Anhang :

-

-