Kindergarten:

An das
SFZ Landshut-Stadt
Schulstraße 3
84036 Landshut

ANFORDERUNG EINER SONDERPÄDAGOGISCHEN BERATUNG

Name des Kindes _____ geb. am _____ in _____

Staatsangehörigkeit _____ Erst- und ggf. Zweitsprache _____

Erziehungsberechtigte _____

Anschrift _____

Telefon _____

Gruppe _____

Gruppenleitung _____

Beratungsanlass
Bisherige Fördermaßnahmen
Beobachtungen (Spiel- und Lernverhalten, Sprache, Grob- und Feinmotorik, Wahrnehmung, Stärken,…)

_____ Datum

_____ Gruppenleitung