|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

Ort Datum

|  |
| --- |
| **- vertraulich an -** |
| Dr. Karen Anke Pistel oder Vertretung  **F**  **1.0**  **2011** |
| **Kinder- und Jugendgesundheitsdienst** |
| Gesundheitsamt Unna  Platanenallee 16  59425 Unna  FON 02303/27-1159; FAX 023303/27-3459; E-Mail: karenanke.pistel@kreis-unna.de |

**Auftrag für die Erstellung eines schulärztlichen Gutachtens**

**F1.4**

**gem. §19 SchulG NRW und §13(3) AO-SF**

Auftraggeber: Schulamt für den Kreis Unna AZ: 40.2/AO-SF

|  |
| --- |
|  |
|  |

Auskunft: Koordinator/in für Gemeinsames Lernen (KoGL):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  |  | m  w |  |  |  |
|  | Name, Vorname des Kindes |  | | geb. am |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Erziehungsberechtigte: |  |
| Telefonnummer: |  |

**Aktuelle Beschulung**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Schule: |  | |  |
| Jahrgangsstufe: | | Schulbesuchsjahr: |  |
| Bildungsgang: | |  |  |
| Schulbegleitung vorhanden: ja  nein | | / Schulbegleitung beantragt: | ja  nein |
| Es wurden bereits früher Verfahren gemäß AO-SF durchgeführt: | | | ja  nein |
| Der Schule/ dem Schulamt liegen ärztliche/ medizinische Befunde vor:  (Kopie ist beigefügt) | | | ja  nein |

|  |  |
| --- | --- |
| Vermuteter Förderschwerpunkt: |  |
| Durch Schulaufsicht beauftragter vermuteter Förderschwerpunkt:  (wird von Schulaufsicht ausgefüllt) |  |
| Schulischer Bericht zur Antragstellung: | siehe Anlage |

Beauftragte Lehrkräfte/ telefonische Erreichbarkeit:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. |  |
| 2. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Das Gutachten soll geschickt werden an : |  |

(Schule des Kindes)

Mit freundlichen Grüßen

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

(Schulaufsicht)