Staatliche Schulberatungsstelle für Unterfranken
Ludwigkai 4, 97072 Würzburg
Tel.: 0931 260775-620 Fax: 0931 260775-621
E-Mail: maren.maerker@schulberatung-unterfranken.de

Antrag für eine schulpsychologische Stellungnahme bei vorliegender Lese-Rechtschreib-Störung

1. Angaben zum Schüler

Familienname _____ Vorname _____ geboren am _____

Straße _____ Hausnummer _____

PLZ _____ Wohnort _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Schule: _____ Klasse: _____

Ausbildungsberuf: _____

2. Angaben zu den Erziehungsberechtigten*

Familienname_____ Vorname _____

Straße _____ Hausnummer _____

PLZ _____ Wohnort _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

*Anschrift angeben falls von der Anschrift der Schülerin/des Schülers abweichend.

3. Angaben zur Lese-Rechtschreib-Störung

Welche Diagnose liegt bereits vor:
- ☐ Lese-Rechtschreib-Störung
- ☐ Lesestörung
- ☐ Rechtschreibstörung
- ☐ weitere: _____

Wann wurde die Diagnose erstmals gestellt? _____

Gibt es weitere fachärztliche Diagnosen? _____

_____

Liegt eine Seh- und/oder Hörbeeinträchtigung vor? ☐ ja ☐ nein

… wenn ja, wurde diese fachärztlich untersucht und behandelt? ☐ ja ☐ nein

Welche Maßnahmen wurden in der Vorgängerschule gewährt? _____

_____

_____

Bitte wenden

Staatliche Schulberatungsstelle für Unterfranken
Ludwigkai 4, 97072 Würzburg
Tel.: 0931 260775-620 Fax: 0931 260775-621
E-Mail: maren.maerker@schulberatung-unterfranken.de

Überblick über die bisherige schulische Laufbahn:

Schuljahr	Klasse	Schule

4. Bitte folgende Unterlagen beilegen

- ✓ **neuste schulpsychologische Stellungnahme**
- ✓ **fachärztliches Gutachten (wenn vorhanden)**
- ✓ **Übertrittszeugnis Jahrgangsstufe 4**
- ✓ **Abschlusszeugnis der allgemeinbildenden Schule**
- ✓ **letztes Zeugnis der derzeitig besuchten Schule**
- ✓ **aktuelle Schriftprobe**
  (z. B. Kopie einer Deutschschulaufgabe oder ein kurzer selbstverfasster Aufsatz z. B. über die letzten Ferien, die Gründe für den Besuch der derzeitigen Schule, die Wahl der Ausbildung oder ein ähnliches Thema)

5. Einverständniserklärung*

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass mein/unser Sohn, meine/unsere Tochter

_____, geb. am _____
Familienname, Vorname

im Rahmen einer Diagnostik und Beratung bei Verdacht auf Lese-Rechtschreib-Störung mit einem standardisierten Intelligenzverfahren getestet wird.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift

*Von Erziehungsberechtigten minderjähriger Schüler auszufüllen

Bitte beachten Sie, dass eine Bearbeitung nur bei Vollständigkeit der Dokumente erfolgen kann. Bei Unvollständigkeit verlängert sich die Bearbeitungszeit erheblich.

Bitte wenden