



Grunddaten

Datum _____

Name des Kindes _____

Geschlecht ☐ divers ☐ männlich ☐ weiblich

Geburtsdatum _____

Straße _____

PLZ / Ort _____

Sorgeberechtigte

Name, Vorname _____

Name, Vorname _____

Straße (*falls abweichend*) _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

Mobil _____

E-Mail _____

Einrichtung

Name _____

Straße _____

PLZ / Ort _____

Kostenträger

Kostenträger _____

Ansprechpartner _____

Telefon _____

Informationen zum Kind

Beeinträchtigung/en _____



Sonderpädagogische Diagnose (wenn vorhanden)

medizinische Diagnosen / Medikamente (wenn vorhanden)

Welche Verhaltensweisen sind typisch? Besondere Auffälligkeiten?

Welchen Herausforderungen muss sich das Kind stellen?

Gewünschte Fähigkeiten/ Eigenschaften der Inklusionsassistenz?

Start der Begleitung?

Welche Tage / Welche Uhrzeiten soll die Begleitung stattfinden?

Wenn Schulwegbegleitung. Wie sieht der Weg aus?

Was soll gemacht werden, wenn das Kind krank wird? Soll im Krankheitsfall der Begleitung eine Vertretung organisiert werden?
