



### Kurzantrag auf Beratung durch das Förder- und Beratungszentrum Neuwied

Erstantrag

Wiederholungsantrag

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Geburtsort

Geschlecht

--	--	--	--

Straße, Hausnummer

Staatsangehörigkeit

Geklärt Status

		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	--	---

PLZ, Ort

Muttersprache

Deutsche Sprachkenntnisse

		<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> grundlegend <input type="checkbox"/> kaum <input type="checkbox"/> nicht
--	--	--

Name der Eltern/Sorgeberechtigten

Anschrift (falls abweichend)

--	--

Telefon der Eltern/Sorgeberechtigten

Evtl. Name und Telefon des Vormunds

--	--

Schule

Schulbesuchsjahr

Klassenstufe

--	--	--

Telefon Schule

Anschrift

--	--

Kontaktperson bezüglich Antrag

Telefon Kontaktperson

--	--

Zuständiges Jugendamt  Bereits eingeschaltet

Telefon Jugendamt

--	--

Zuständiges Sozialamt  Bereits eingeschaltet

Telefon Sozialamt

--	--

Schulpsychologischer Dienst  Bereits eingeschaltet

Telefon Schulpsychologischer Dienst

--	--

Weitere Telefonnummern


Förder- und Beratungszentrum an der Kinzing-Schule Neuwied

Beverwijker Ring 5; 56564 Neuwied

Tel.: 02631/96600 Fax: 02631/966020 E-Mail: [beratung@fbz-neuwied.de](mailto:beratung@fbz-neuwied.de)



Förderplan vorhanden  Ja, Plan vom \_\_\_\_\_ ist beigefügt  Nein

Bisherige Berater FBZ Neuwied

Zielsetzung der Beratung

Vermuteter Förderbereich

<input type="checkbox"/> Sozial-emotionale Entwicklung	<input type="checkbox"/> Lernen
<input type="checkbox"/> Ganzheitliche Entwicklung	<input type="checkbox"/> Motorische Entwicklung
<input type="checkbox"/> Sprechen/Sprache	
<input type="checkbox"/> AD(H)S	<input type="checkbox"/> Autismus
<input type="checkbox"/> Lesen und Rechtschreiben	<input type="checkbox"/> Rechnen
<input type="checkbox"/> Wahrnehmung	<input type="checkbox"/> Sonstiges

Ort und Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Schulleitung