

Anmeldung zur Überprüfung einer Lese-Rechtschreib-Störung

Name des Kindes: _____ geb.: _____

Wohnort des Kindes: _____

Schule: _____ Klasse: _____

Kontaktdaten

Mutter: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Handy: _____

E-Mail: _____

Vater: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Handy: _____

E-Mail: _____

Erziehungsberechtigte/r: _____

(Bei alleinigem Sorgerecht bitte eine Kopie der Negativbescheinigung beilegen.)

Wenn Sie einen Nachteilsausgleich und/oder Notenschutz nutzen wollen:

Wer soll, falls notwendig, eine (erneute) testpsychologische Untersuchung durchführen?
Bitte wählen Sie:

- **die zuständige Schulpsychologin Frau Alexandra Heller**
Sie erklären sich damit einverstanden, dass Ihr Kind an psychologischen Testverfahren (inklusive einer Überprüfung der kognitiven Fähigkeiten) teilnimmt. Diese kann und darf auch vormittags stattfinden. Sie werden durch den Beauftragten für Lese-Rechtschreib-Störungen oder Frau Heller über das weitere Vorgehen informiert.
- **ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie**
*Bitte geben Sie die Testergebnisse (Zahlenwerte) zusammen mit allen anderen Unterlagen zügig an unsere Beauftragten für Lese-Rechtschreib-Störungen oder Frau Heller weiter! Nach Ihrer Übermittlung und Überprüfung, ob die Testergebnisse den schulischen Kriterien entsprechen, wird ein Gespräch bei Frau Heller zur Empfehlung von Hilfsmaßnahmen bzgl. des Nachteilsausgleichs/Notenschutzes stattfinden.
Bitte vereinbaren Sie hierzu einen Termin mit Frau Heller.*

Ort, Datum

Unterschrift aller Erziehungsberechtigten

(Bei Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht ist die
Unterschrift beider Elternteile notwendig!)

Bitte beachten Sie die Rückseite!