

ZUWEISUNG bei SCHULVERSÄUMNIS

Datum: _____

Schüler*in (Name, Geb.Datum): _____

Erziehungsberechtigte*r: _____

von (Lehrkraft, evtl. Tel.): _____

Da oben genannte*r Schüler*in bereits viel Unterrichtszeit versäumt hat, bitten wir Sie von Seiten der Schule um Ihre Mithilfe. Wir ersuchen um ausführliche Abklärung der körperlichen Beschwerden und im Bedarfsfall um Zuweisung zu einer klinisch-psychologischen Diagnostik. Häufiges Fehlen führt abseits von mangelndem Lernerfolg rasch zu sozialen Problemen in der Schule, was wiederum schulabsentes Verhalten begünstigt.

Entschuldigte Fehltage im Schuljahr: _____ Unentschuldigte Fehltage im Schuljahr: _____

Im Sinne unserer Kinder/Jugendlichen bedanken wir uns ganz herzlich für die Zusammenarbeit.

Stellungnahme Arzt*Ärztin

- Pat. in Abklärung
 Pat. wieder bestellt
 klinisch-psycholog. Diagnostik veranlasst
 Pat. weiter verwiesen an _____

Raum für Bemerkungen:

Rücksprache erwünscht: ja nein bei Bedarf möglich

Datum:

Stempel/Unterschrift:

Von Erziehungsberechtigten auszufüllen

Einverständniserklärung – Auszufüllen, falls Austausch im Helfersystem notwendig ist.

Als Erziehungsberechtigte*r bin ich damit einverstanden, dass im Rahmen der Zuweisung eine Rücksprache des beteiligten Helfersystems in Bezug auf mein Kind stattfinden kann.

Datum:

Unterschrift: