

BERATUNGSANFRAGE

Schule / Kita: _____

Lehrkraft: _____

Telefon dienstlich: _____

Telefon privat: _____

Email: _____

Erfolgte bereits eine Kontaktaufnahme zum nein

zugehörigen rBFZ? ja

Name der kontaktierten rBFZ-Kraft: [Hier klicken](#)

Die Eltern wurden über die
Kontaktaufnahme zum üBFZ informiert.

Kurze Beschreibung der bestehenden körperlich-motorischen
Beeinträchtigungen / Behinderungen:

Beschreibung des sich daraus ergebenden Beratungsbedarfs:

Ort, Datum: _____

Unterschrift