

SPZ Gmunden Nord

SPZ Gmunden Süd

Schulstempel

Überprüfung Lese-Rechtschreib-Schwäche

....., geb.:

Zuname Vorname , geb.:

Erziehungsberechtigt :

Name:

Adresse:

PLZ-Ort:

Schule:

Zl.: 20-4

Verpflichtende Beilagen:

- Ausdruck eSA - Reporting/Player/Schülerverwaltung/Schülerstammbblatt light
- Fachärztliches Gutachten - Weitergabe erfolgt mit Zustimmung der Eltern
- Kind-Umwelt-Analyse (Sonderschullehrer/in oder Klassenvorständin -vorstand)
- Schulleistungen

Besucher Förderunterricht: ...

Betreuung Sprachheillehrerin (Name, Zeitraum): ...

Betreuung BTL für verhaltensauffällig Kinder (Name, Zeitraum): ...

Datum: _____

Verfasst von: _____

Von den Erziehungsberechtigten auszufüllen, wenn Sie den Antrag stellen:

Datum _____

Antrag auf Beratende Überprüfung

Hiemit beantrage ich als Erziehungsberechtigte/er eine Überprüfung auf LRS für mein

Kind , geb.:

Unterschrift Eltern

Vom Schulleiter auszufüllen, wenn die Schule den Antrag stellt:

Datum _____

Antrag auf Beratende Überprüfung

Der/die Leiter(in) der _____ beantragt für

das schulpflichtige Kind , geb.: Eine
Überprüfung auf LRS.

Die Eltern wurden nachweislich verständigt, dass eine Überprüfung durch das SPZ beantragt wurde!

(Unterschrift Schulleitung)

An das Sonderpädagogische Zentrum Gmunden Nord – Süd

Es wird ersucht, die Überprüfung auf LRS durchzuführen.

Gmunden am _____

Der Vors. des BSR / Für den Vors. des BSR