|  |
| --- |
| **Pädagogischer Bericht der allgemeinen Schule (Teil 2)**(Prüfung des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot § 4 SBA-VO)**Einbezug des Sonderpädagogischen Dienst des entsprechenden SBBZ** |

|  |
| --- |
| **Zuständiges Sonderpädagogisches Bildungs- und Beratungszentrum (SBBZ)** |
| Zuständiges SBBZ, Adresse, Telefon, Mail      |
| Name, Vorname der Lehrkraft für Sonderpädagogik      |

|  |
| --- |
| **Schüler\*in / Kind** |
| Name      | Vorname(n)      | Geburtsdatum      |

|  |
| --- |
| **Rückmeldung zum SOPÄDIE (Hospitation, Gespräche)** |
|  |

|  |
| --- |
| **Vorschläge / Empfehlungen der Lehrkraft SOPÄDIE** |
|  |

|  |
| --- |
| **Verantwortung für die sonderpädagogische Stellungnahme** |
|       |  |       |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift der Lehrkraft für Sonderpädagogik |  |