

## Beiblatt zum Antrag bei Lese-Rechtschreib-Störung

Bitte dieses Beiblatt ausgefüllt und alle Dokumente in einem **verschlossenen Umschlag** direkt an die **Schulpsychologin Frau Kellmann** adressieren.

### 1. Angaben zum Schüler

Familienname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Schule: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

Ausbildungsberuf: \_\_\_\_\_

### 2. Angaben zu den Erziehungsberechtigten\*

Familienname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

\*Anschrift angeben falls von der Anschrift der Schülerin/des Schülers abweichend.

### 3. Angaben zur Lese-Rechtschreib-Störung

Welche Diagnose liegt bereits vor:  Lese-Rechtschreib-Störung

Lesestörung

Rechtschreibstörung

weitere: \_\_\_\_\_

Wann wurde die Diagnose erstmals gestellt? \_\_\_\_\_

Gibt es weitere fachärztliche Diagnosen? \_\_\_\_\_

Liegt eine Seh- und/oder Hörbeeinträchtigung vor?  ja  nein

... wenn ja, wurde diese fachärztlich untersucht und behandelt?  ja  nein

Welche Maßnahmen (Nachteilsausgleich/Notenschutz) wurden bisher in der Schule gewährt?

---

---

Überblick über die bisherige schulische Laufbahn: \_\_\_\_\_

---

---

---

#### **4. Bitte folgende Unterlagen beilegen**

- ✓ **neuste schulpsychologische Stellungnahme aus Vorgängerschule– falls nicht mehr vorhanden bitte dort anrufen und anfordern**
- ✓ **fachärztliches Gutachten (wenn vorhanden)**
- ✓ **Zeugnis Jahrgangsstufe 1 und 2**
- ✓ **Übertrittszeugnis Jahrgangsstufe 4**
- ✓ **Abschlusszeugnis der allgemeinbildenden Schule**
- ✓ **letztes Zeugnis der derzeitig besuchten Schule**
- ✓ **aktuelle Schriftprobe – nicht verbessert, ca 1-2 Seiten (z. B. Kopie einer Deutschschulaufgabe oder selbstverfasster Text/Aufsatz)**

#### **5. Einverständniserklärung\***

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass mein/unser Sohn, meine/unsere Tochter

\_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_  
Familiename, Vorname

im Rahmen einer Diagnostik und Beratung bei Verdacht auf Lese-Rechtschreib-Störung mit einem standardisierten Intelligenzverfahren getestet wird.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\*Von Erziehungsberechtigten minderjähriger Schüler auszufüllen

**Bitte beachten Sie, dass eine Bearbeitung nur bei Vollständigkeit der Dokumente erfolgen kann. Bei Unvollständigkeit verlängert sich die Bearbeitungszeit erheblich.**