

An den  
Mobilen Sonderpädagogischen Dienst der  
Pestalozzischule Deggendorf  
Sonderpädagogisches Förderzentrum  
Stadtfeldstraße 14  
**94469 Deggendorf**

**ANFORDERUNG DES  
MOBILEN SONDERPÄDAGOGISCHEN DIENSTES**

**Bitte den vermuteten Förderschwerpunkt ankreuzen!**

- Lernförderung
- Sprachförderung
- Förderung im sozial-emotionalen Bereich

Name des Schülers: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Name des Vaters \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Name der Mutter \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Name der Klassenlehrerin / des Klassenlehrers \_\_\_\_\_ Elternsprechstunde (Wochentag, Uhrzeit) \_\_\_\_\_

<b>Schullaufbahn:</b>		Zurückstellung: ja/nein im Schuljahr _____							
Schuljahr									
Jahrgangsstufe									

**Schulleistungen (Letztes Zeugnis bitte in Abdruck beilegen!):**

***Sprachverhalten:***

***Lern- und Leistungsverhalten:***

***Sozialverhalten / Konkrete Vorfälle:***

***Ressourcen/ Vorlieben:***

***Familiensituation:***

***Gesundheitliche Daten:***

***Kontakte Elternhaus – Schule:***

***Tätigkeit anderer Institutionen oder bisherige Fördermaßnahmen***

**Zeitliche Dauer:** \_\_\_\_\_ **Zeitpunkt:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Klassenlehrer/in

\_\_\_\_\_  
Schulleiter/in

Stempel der Grundschule/Volksschule:

MSD-Anforderung-Förderung

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_