

Erfassungsblatt zur Integration körperbehinderter und chronischkranker Kinder



Bitte füllen Sie das Blatt aus, kreuzen Sie Zutreffendes an und lassen Sie ansonsten die Zeilen bzw. Kästchen frei.

Name : _____ Klasse : _____ Schuljahr : _____

Art der körperlichen Behinderung

Sehbehinderung	<input type="checkbox"/>
Hörbehinderung	<input type="checkbox"/>
Körperbehinderung	<input type="checkbox"/>
Rollstuhl	<input type="checkbox"/>
sonstiges	_____

chronische Erkrankung

Diabetes	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>
Allergie	<input type="checkbox"/> gegen _____
Epilepsie	<input type="checkbox"/>
sonstiges	_____

benötigte Hilfen

technisch

Sitzplatz _____

Schreibhilfen _____

besonderer Stuhl	<input type="checkbox"/>	Vergrößerungshilfen	<input type="checkbox"/>
Liftschlüssel	<input type="checkbox"/>	Lampe am Pult	<input type="checkbox"/>
Mikroport	<input type="checkbox"/>	Laptop	<input type="checkbox"/>
sonstiges	_____		

medizinisch

im Unterricht

Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>
Esserlaubnis	<input type="checkbox"/>
sonstiges	_____

schulisch

doppelter Büchersatz	<input type="checkbox"/>
vergrößerte Arbeitsblätter	<input type="checkbox"/>
sonstiges	_____

Zeitverlängerung bei schriftlichen Prüfungen _____ Prozent *
* muss vom Kultusministerium genehmigt werden

Sportregelung _____

persönliche Betreuung und Wünsche

Mitschüler _____

Vertrauenslehrer _____

sonstiges _____

(Datum / Unterschrift der Erziehungsberechtigten bzw. des/r volljährigen Schülers/in)