

Aufnahmedatum: _____

PSO KJP TK

Arzt/Ärztin: _____

Psychologe/Psychologin: _____

Bezugslehrerin: _____

Aufnahmeblatt

Heilstättenschule Klinikum Grieskirchen

Name der Schülerin/ des Schülers: _____

Stammschule: _____ Klasse: _____

Tel. und E-Mail der Schule: _____

Name des Klassenvorstands: _____

Tel. und E-Mail des KVs: _____

Tel. der Erziehungsberechtigten: _____

Mein Kind besucht eine Schule des Pflichtschulbereichs.

Mein Kind besucht eine Höhere Schule und ist

schulpflichtig nicht mehr schulpflichtig

- Die Beschulung erfolgt durch die Höhere Schule im Spital (HIS); Information dazu siehe Beiblatt.

Aufnahmegrund: _____

Es besteht Sonderpädagogischer Förderbedarf (SPF) in folgenden Fächern:

Es fanden/ finden bereits schulische Interventionen statt durch

- Schulpsychologie
- Betreuungslehrer/in
- SUSA (Schule und Sozialarbeit)
- Vertrauenslehrer/in

Die Schule ist für die Erziehungsberechtigten positiv neutral negativ besetzt.

Ergänzungen: _____

Erwartungen von Seiten der Erziehungsberechtigten an die Heilstättenschule (HSS):

Einverständniserklärung:

Ich unterstütze mein Kind und die Lehrpersonen der HSS dahingehend, dass alle erforderlichen Schulbücher und -hefte für den Unterricht in der HSS bereitgestellt werden.

Ich bin bis auf Widerruf damit einverstanden, dass zwischen der Stammschule und der HSS ein Austausch in fachlicher und pädagogischer Hinsicht stattfindet (Übermittlung des aktuellen Lehrstoffes).

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r