**Dokumentation/Stellungnahme Sonderpädagogischer Dienst**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3.2 Stufe 2: Voraussetzung für eine Überprüfung ist der Einbezug eines sonderpädagogischen Dienstes (3-5 Besuche / 4-6 Monate Wirksamkeit)** | | |
| **Name der Lehrkraft SOPÄDIE:** | | **SBBZ:** |
| **Datum** | **Inhalt** (Hospitationen, Teilnahme an Runden Tischen, Inhalt der Kooperationsgespräche,…) | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
| **Kooperative Förderplanung**  **Vorschläge/Ideen der Lehrkraft des sonderpäd. Dienstes (Überprüfung, Einschaltung eines sonderpäd. Dienstes einer anderen Fachrichtung):** | | |
| **Gemeinsame Empfehlung (Sonderpäd. Dienst und Lehrkraft der allg. Schule):** | | |