**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):**      |