**Formular B**

**Verlängerung, Änderung oder Beendigung der verstärkten Massnahme**

|  |  |
| --- | --- |
| Durchführungsstelle, Sonderschule, |  |
| Private Logopädin, Kompetenzzentrum |  |

**Angaben zum Kind, zur Schülerin, zum Schüler:**

|  |  |
| --- | --- |
| Name/Vorname: |  |
| Geburtsdatum: |  |
| Erziehungsberechtigte/r |  |
| Name/Vorname des Vaters: |  |
| Name/Vorname der Mutter: |  |
| Strasse, PLZ Ort |  |
| Telefon: |  |
| Beistand/Vormund: |  |

**Gegenwärtige schulische Situation und Massnahmen:**

|  |  |
| --- | --- |
| Stufe/Klasse: |  |
| Gegenwärtige Massnahmen: z.B. |  |
| Logopädie, Psychomotorik, |  |
| Anzahl IS-Lektionen, Anzahl IF-Lektionen,  Beratung/Unterstützung bei Körper- und  Sinnesbehinderungen |  |

Andere/weitere Massnahmen:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| **Verlängerung** der verstärkten Massnahme bis: | |  |
| **Änderung** der verstärkten Massnahme ab: | |  |
| **Beendigung** der verstärkten Massnahme am: | |  |
| Bitte die Anschlusslösung (Lehre, andere Schule, etc.) angeben. | |  |
| Evtl. neue Durchführungsstelle, Schule/Sonderschule | |  |
| Adresse: |  | |

**Begründung:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**Bei integrativer Sonderschulung: zuständige Fachperson (SHP, Sozialpädagoge,**

**Logopädin, Audiopädagogin, etc.) ab neuem Schuljahr**

|  |
| --- |
|  |

**Unterschriften:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ort,Datum: |  | Erziehungsberechtigte: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ort,Datum: |  | Durchführungsstelle, z.B. Schule/Sonderschule, private Logopädin, Kompetenzzentrum |  |
|  |  |  |  |

Beilagen:

aktuelle Fachberichte (z.B. Logo, KJPD etc.)

aktueller Schulbericht

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wir bitten Sie, das Formular und die Beilagen zuzustellen an:

**Schulpsychologischer Dienst des Kantons Obwalden, Brünigstrasse 178, 6060 Sarnen**