Auftrag für ein schulärztliches Gutachten/ eine Stellungnahme

-vertraulich an-

Dr. Anja Frieß oder Vertretung

Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

Gesundheitsamt Dortmund

Hoher Wall 9-11

44137 Dortmund

Fon 0231/5024780 Fax 0231/5010595 einschulungsuntersuchung@stadtdo.de

* *Gem. § 54.2 SchulG NRW zur Schulfähigkeit*
* Hohe Fehlzeiten
* Sonstiges
* Gem. § 54.4 SchulG NRW – Schulausschluss vom:

Auftraggebende Schule:

Ansprechperson/en in der Schule:

Tel.:

Besondere Beschulungsform : GU\_\_\_\_\_ Integrationskraft\_\_\_\_\_\_\_ Sonstiges\_\_\_\_\_\_\_

Name des Kindes: geb.:

Anschrift:

Erziehungsberechtigte:

Tel.:

Erläuterung bitte auf Beiblatt:

* Bitte Angaben zur aktuellen Problemlage, zur schulischen Entwicklung, zur sozialen Stellung in der Klasse, zur schulischen Leistungsfähigkeit.
* Liegen ärztliche/medizinische Berichte oder Atteste vor?
* Liegt eine Fremdgefährdung vor?
* Fehlzeiten werden entschuldigt durch:
* Sind Elterngespräche geführt worden? Wurden diese zuverlässig wahrgenommen? Eltern einsichtig?
* Kontakt zur Schulpsychologischen Beratungsstelle?
* Kontakt zu anderen Institutionen?
* Kontakt zum JHD?
* Welche schulischen / pädagogischen Maßnahmen wurden bisher ergriffen?
* Angaben zu weiteren schulischen Möglichkeiten