

Bestätigung der Schule über Lernförderbedarf

Von der Antragstellerin/Vom Antragsteller auszufüllen

Für _____			
Name, Vorname		Geburtsdatum	Az./Wohngeldnr./Kindergeldnr.
<input type="checkbox"/> Ich bin damit einverstanden, dass das zuständige Sozialamt des Landkreises Havelland die erforderlichen Daten bei der Schule einholt und entbinde die Lehrerin/ den Lehrer von der Schweigepflicht. Die Zustimmung wird freiwillig abgegeben. Ein Widerruf der Erklärung ist jederzeit möglich.			
<input type="checkbox"/> Ich werde die Bestätigung des Fach- bzw. Klassenlehrers selbst beibringen.			
Ort/ Datum	Unterschrift Antragstellerin / Antragsteller	Ort/ Datum	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters minderjähriger Antragstellerinnen/ Antragsteller

Vom Fach- bzw. Klassenlehrer auszufüllen

Für die o. g. Schülerin/den o. g. Schüler besteht Lernförderbedarf für
(z. B. Unterrichtsfach) _____ in der Klassenstufe _____
Für einen Förderzeitraum vom _____ bis _____ in einem Umfang von insgesamt _____ Stunden.
Es wird bestätigt, dass ergänzende angemessene Lernförderung geeignet und zusätzlich erforderlich ist, um die nach den Schulrechtlichen Bestimmungen festgelegten wesentlichen Lernziele zu erreichen. Zu diesen Lernzielen gehört nicht das Erreichen eines höherwertigen Schulabschlusses oder Verbesserung des Notendurchschnitts.
Bitte zutreffende Sachverhalte ankreuzen:
<input type="checkbox"/> Das Erreichen der wesentlichen Lernziele (im Regelfall die Versetzung) ist gefährdet.
<input type="checkbox"/> Im Falle der Erteilung von Nachhilfeunterricht besteht eine positive Versetzungsprognose.
<input type="checkbox"/> Die Leistungsschwäche ist nicht auf unentschuldigte Fehlzeiten oder anhaltendes Fehlverhalten zurückzuführen.
<input type="checkbox"/> Geeignete kostenfreie schulische Angebote bestehen nicht.
Werden besondere Anforderungen an die Art der Nachhilfe oder Qualifikation der Nachhilfelehrerin/ des Nachhilfelehrers gestellt?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte ausführlich begründen:

Für Rückfragen des Sozialamtes des Landkreises Havelland:		
Ansprechpartner/in ist Frau/ Herr	Telefondurchwahl	
_____	_____	
_____	_____	_____
Ort/ Datum	Stempel der Schule	Unterschrift der Lehrerin/ des Lehrers