|  |  |
| --- | --- |
| MSD der Förderschule: | |
| Anschrift: |  |
| Telefon: |  |
| E-Mail: | Diagnostiklehrkraft: |
|  | |
| **An:** | |
|  | |
| Sehr geehrte Schulleiterin/Sehr geehrter Schulleiter,  uns liegt Ihr Antrag auf Beratung durch den Mobilen Sonderpädagogischen Dienst (MSD)  vom       für die Schülerin/den Schüler       vor.  Um die Beratung besser planen und zielgerichtet durchführen zu können, benötigt der MSD bereits im Vorfeld Ihre Mitwirkung. Wir bitten Sie um die Vorbereitung folgender Punkte: | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Zusendung des Stunden- und Raumplans der Klasse (gesamter Wochenplan) per E-Mail | | | |
|  | Information der unterrichtenden Lehrkräfte über den geplanten Unterrichtsbesuch | | | |
|  | Planung eines Gesprächs mit der Klassenlehrerin/des Klassenlehrers (inklusive Raumzuweisung) | | | |
|  | Vorbereitung der Einsichtnahme in die Lernmaterialien (aktuelle/zweckdienliche Lern- oder Arbeitsergebnisse /-produkte) der Schülerin/des Schülers | | | |
|  | Vorbereitung der Einsichtnahme in die Schülerakte sowie Notenübersicht der Schülerin/des Schülers | | | |
|  | Ausfüllen des beigefügten Vorabfragebogens mit Fragen zur aktuellen schulischen Situation und des Lern- und Entwicklungsstandes der Schülerin/des Schülers (nur mit vorheriger Einwilligung der Eltern) | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | Die Beratung durch den MSD findet am       um       statt. | | | |
|  | Zur Vereinbarung eines konkreten Beratungstermins wird sich die Diagnostiklehrkraft mit Ihnen in Verbindung setzen. | | | |
| Vielen Dank für Ihre Unterstützung. | | | | |
|  | | | | |
|  | |  |  |  |
| Datum | |  | Unterschrift MSD |  |