**Anfrageformular für Schulen zur Beratung und Unterstützung durch den Stützpunkt Sehen
Kreis Germersheim**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *Name, Vorname der Schülerin/ des Schülers* |  | *Geburtsdatum* |
|       |  |       |
| *Förderort* |  | *Klassenstufe* |
|       |
| *Straße, PLZ, Schulort* |
|       |  |       |
| *Schulleiter/-in* |  | *Klassenlehrer/-in* |
|       |
| *Name der Erziehungsberechtigten*  |
|       |
| *Straße, PLZ, Wohnort* |
|       |  |       |
| *Telefon* |  | *E-Mail-Adresse* |
| *Anlass der Anfrage:* |
|       |

[ ]  Augenärztlicher Bericht liegt bei

[ ]  Augenärztlicher Bericht wird von der Schule bei den Eltern angefordert

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |
| *Datum* |  | *Unterschrift* |