**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* |