



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