

Formblatt

LeseRechtSchreibInsel

GS und Sek I

Standort

Stammschule

Klasse

Name, Vorname des Kindes

Klassenlehrkraft

Name	Telefon
------	---------

Geburtsdatum

Alter

E-Mail

Straße-Nr.

Deutschlehrkraft

Name	Telefon
------	---------

E-Mail

PLZ-Ort

Welche weiteren Unterstützungssysteme haben Sie bisher angefragt? (BL, Sonderpädagogischer Dienst, ...)?

Telefon

E-Mail

(Wird von der LRSI ausgefüllt)

Kindergarten <input type="checkbox"/>	Ergotherapie <input type="checkbox"/>
GFK <input type="checkbox"/>	Logopädie <input type="checkbox"/>
Geschwister _____	

In welchen Bereichen hat das Kind Schwierigkeiten?

GS	Sek I
ja nein	ja nein
An-, End-, Inlaut erkennen Laut- Buchstaben- Zuordnung Zusammenschleifen zu Silben Wörter in Silben gliedern lautgetreues Schreiben Schriftbild Welches Fibelwerk / welche Leselernmethode wurde angewandt?	lautgetreues Schreiben Groß- und Kleinschreibung Anwendung von RS-Strategien sinnerfassendes Lesen Leseflüssigkeit Wurden Rechtschreibstrategien (z.B. FRESCH) angewandt? Welche?

Sonstige Probleme im Fach Deutsch? Wann traten die Probleme auf?

Haben Sie Lese- und / oder Rechtschreibtests durchgeführt? Wenn ja, welche?

--

Welche Maßnahmen hat die Schule bisher getroffen?

Binnendifferenzierung <input type="checkbox"/> Stütz- und Förderstunde <input type="checkbox"/> Außerschulische Zusammenarbeit <input type="checkbox"/>	Sonstige:
---	-----------

Wie schätzen Sie die häusliche Unterstützung ein?

--

Wie beurteilen Sie die Leistungen des Kindes im Fach Mathematik?

<input type="checkbox"/> im unteren Viertel	<input type="checkbox"/> im mittleren Viertel	<input type="checkbox"/> im oberen Viertel
---	---	--

Wie beurteilen Sie die Leistung in anderen Fächern?

--

Wird die Verwaltungsvorschrift vom 22.08.2008 zu LRS angewandt?

Lesen:	<input type="checkbox"/> Nachteilsausgleich	<input type="checkbox"/> Zurückhaltende Gewichtung	<input type="checkbox"/> Nein
Rechtschreiben:	<input type="checkbox"/> Nachteilsausgleich	<input type="checkbox"/> Zurückhaltende Gewichtung	<input type="checkbox"/> Nein

Ort	Datum	Unterschrift