|  |
| --- |
| Individueller Förderplan für \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Kl. \_\_\_\_ |
| Nationalität:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Erstsprache:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Schuljahresbesuch:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Grundlagen des Förderplans**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Beobachtungen**  | Datum: | von Klassenlehrer/in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fachlehrer/in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  Eltern / Erzieher/in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Diagnostik** | Datum: | **Tests:** (z.B. HSP1+,Stolperwörtertest,...), **gezielte Beobachtungen,**  |
| Testdurchführung Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **andere Grundlagen****(ärztliche Gutachten, Therapeuten,….)** | Datum: | Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Klassenkonferenz****Datum:** | Zielvereinbarungen:Grobziele:Feinziele:zeitl. Vereinbarungen: |
| **Elterngespräche****Datum:** | Datum: | Information und Zielvereinbarung |

verantwortlich für Ablauf und zeitl. Vereinbarungen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Klassenlehrer/in



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Förderplan für\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, | geb. am\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, | Klasse:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| Momentaner Leistungsstand: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datum/Zeitraum | Förderschwerpunkt | Wie soll gefördert werden? | Verantwortlichkeiten (Wer macht was?/ Bis wann?) |
|  |  |   |  |

|  |
| --- |
| Evaluation/Vereinbarungen:  |