|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **An den Sozialdienst des AKJF**  Wählen Sie ein Element aus. | **Schule:**    **JaS-Fachkraft:** | |
| Tel.: | Email: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kind/Jugendlicher:** | | Name | Vorname | Geb.-Datum |
| **Sorgeberechtigte(r):** | | Name | Vorname |  |
|  | | Adresse | | Telefon: |
| **AnsprechpartnerIn:**  **(schulisch)** | Klassenlehrkraft | | Klasse |  |
|  | | | | |
| **Schweigepflichtsentbindung** liegt vor | | | | |
| **1. Problembereich** 🗷 äußere Zeichen  Lernen und Leistung  Sozialverhalten  Elternhaus  Besonderes | | | | |
| **2. Grund der Kontaktaufnahme mit SD** | | | | |
| **3.Zusammenfassender Sachverhalt** (Beratungsergebnisse, bisherige pädagogische Maßnahmen und vermittelte Hilfen / Beurteilung der aktuellen Situation der Kindes) | | | | |
| **4. Beratungen und Maßnahmen durch Klassenlehrkraft und weitere schulische Fachkräfte**  ((IdE-)Kollegen, MSD, Beratungslehrer, Schulpsychologen etc., Name / Art der Maßnahme) | | | | |
| **5. Handlungsbedarf**  **gemeinsames Gespräch**  **Sozialraumteam** | | | | |

Datum Unterschrift JaS-Fachkraft

(Schulleitung wenn keine JaS Kraft an der Schule)

**mit der Bitte um zeitnahe Rücksprache**