|  |  |
| --- | --- |
| **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**