

Angaben zur Person:	
Name:	Vorname: <span style="float: right;"> <input type="checkbox"/> männlich    <input type="checkbox"/> weiblich    <input type="checkbox"/> divers         </span>
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Hauptwohnsitz/Zweitwohnsitz (Straße, Hausnummer, Postleitzahl):	
Landkreis/Bundesland:	Antrag auf Schullastenausgleich gestellt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Staatszugehörigkeit:	Zuzugsjahr nach Deutschland:
Mobil:	E-Mail:
Krankenkasse:	Grad der Behinderung: <span style="float: right;">Pflegegrad:</span>
<b>Erziehungsberechtigte / gesetzliche Vertreter*in</b> <small>(*bei Nichtvorliegen der Volljährigkeit)</small>	Name, Vorname:
	Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl):
	Mobil:
	E-Mail:
<b>Ausbildung</b> <small>(von der Schule auszufüllen)</small>	Klasse:
	Klassenlehrer*in:
	Ausbildungsbeginn: <span style="float: right;">Ausbildungsende:</span>
	Art der Ausbildung: <span style="float: right;">             Berufsvorbereitung  <input type="radio"/> einjährig  <input type="radio"/> zweijährig           </span>

<b>Schulische oder berufliche Vorbildung</b>	<b>Abschluss der allgemeinbildenden Schule (Bitte ankreuzen!)</b>	x	<b>Jahr</b>	<b>Bitte den Namen der Schule und die Anschrift angeben</b>		
	ohne Abschluss aus Klasse ____					
	Abschluss Förderschule Förderschwerpunkt Lernen					
	Abschluss Förderschule Förderschwerpunkt geistige Entwicklung					
<b>Förderbedarfe</b>	<b>freiwillige Angaben, wenn Förderung/Unterstützung nötig</b>			<b>Gutachten/ Diagnose liegt vor</b>		<b>Nachteilsausgleich erforderlich</b>
				Fortschreibung		
	<b>Teilleistungsstörungen:</b>	Lese-Rechtschreib-Schwäche				
		Dyskalkulie				
	<b>Sonderpädagogische Förderbedarfe:</b>	Hören				
		Sehen				
		Körperliche u. motorische Entwicklung				
		Sprache				
		Lernen				
		Geistige Entwicklung				
Emotionale und soziale Entwicklung						
<b>Bisherige finanzielle Unterstützung</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		durch: <input type="checkbox"/> Arbeitsamt <input type="checkbox"/> Sozialamt			
<b>Sonstiges</b>						

Ort, Datum

Unterschrift Schüler/-in

Unterschrift gesetzl. Vertreter