

Generaloberst-Beck-Straße 1  
 55129 Mainz

FON 06131 53966

FAX 06131 905832

E-MAIL [fbz-mainz@stadt.mainz.de](javascript:;)

INTERNET www.windmuehlenschule.de

**Förder- und Beratungszentrum (FBZ)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Wir bitten für den Schüler/die Schülerin um Beratung durch das FBZ**

**Beratungsschwerpunkt** (Bitte ankreuzen)**:**

☐ Lernen ☐ Verhalten ☐ Sprache ☐ Motorik

(Anfragen zu den Beratungsschwerpunkten Hören und Sehen bitte direkt an die zuständige Schule)

**Name der Schule:** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Name des Kindes:** Name, Vorname des Kindes **geb. am:** Datum  
**Klasse:** Klasse **Schulbesuchsjahr:** 1 - 10

**Meldende Lehrkraft:** Name, Vorname der Lehrkraft

**E-Mail:** Email der Lehrkraft

**Telefonnummer:** evtl. Tel. der Lehrkraft

**Grund der Beratungsanfrage** (Bsp. Eigene Beobachtungen):

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Welche Förder - /Differenzierungsmaßnahmen sind bereits erfolgt?**

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Welche (außer)schulischen Kooperationspartner sind bereits involviert?**

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Gibt es bereits relevante Diagnosen (welche)?**

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Datum:** Datum