|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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: |