



## KIVINAN – das berufliche Bildungszentrum

27404 Zeven

### Übergabeformular

für SchülerInnen mit Anspruch auf Nachteilsausgleich und/ oder sonderpädagogischem Unterstützungsbedarf der abgebenden Schule an die Berufsbildenden Schulen Zeven -Kivinan-.

**Name der/ des SchülerIn:** \_\_\_\_\_

**Abgabetermin: 10. Januar d. J. bei der/ dem KlassenlehrerIn**

**Abgebende Schule:** \_\_\_\_\_

**Ansprechperson (abgeb. Schule):** \_\_\_\_\_

**Email der Ansprechperson (abgeb. Schule):** \_\_\_\_\_

**Email der Ansprechperson (Mobiler Dienst):** \_\_\_\_\_

Ein Verfahren zur Feststellung bzw. Fortführung eines Bedarfs an sonderpädagogischer Unterstützung wird/ ist eingeleitet.  ja  nein

Gab es bereits einen Kontakt zum REHA-Berater der Agentur für Arbeit:  ja  nein

**Terminvorschlag für die Berufswegekonferenz mit Ausnahme des Förderschwerpunktes „Lernen“ (bis spätestens 15.02.):** \_\_\_\_\_

**Wunschschulform bzw. Wunschberuf:** \_\_\_\_\_

**bitte ankreuzen:**

Sonderpädagogischer Bereich:

Lernen	Geistige Entwicklung	Emotionale und soziale Entw.	Sprache	KME	Hören	Sehen	Autismus/ Asperger

**zusätzliche Hinweise (z.B. notwendige bauliche Maßnahmen, Anschaffung von Hilfsmitteln, personelle Versorgung, Schulbegleitung)**

---

---

---

**Schweigepflichtentbindung:** Ich bin damit einverstanden, dass alle für die Beschulung meines Kindes relevanten Daten unter der abgebenden und aufnehmenden Schule ausgetauscht werden.

Datum, Ort, Unterschrift der Erziehungsberechtigten bzw. **beider** Elternteile:

---