



## Information über den Unterstützungsbedarf bei festgestelltem sozialpädagogischem Hilfebedarf, chronischer Krankheit, Behinderung oder vergleichbarer Beeinträchtigung

Nachname, Vorname/n des Kindes	Geburtsdatum des Kindes
Nachname, Vorname/n einer erziehungsberechtigten Person	Nachname, Vorname/n einer erziehungsberechtigten Person

Bei meinem/unserem Kind wurde sozialpädagogischer Hilfebedarf (in der Kita) festgestellt.

ja  nein

oder

Bei meinem/underem Kind läuft ein Verfahren zur Feststellung von sonderpädagogischen Förderbedarf.

ja  nein

Bei meinem/unserem Kind wurde

- eine chronische Krankheit festgestellt.

ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

- eine Behinderung oder vergleichbare Beeinträchtigung festgestellt.

ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Bitte kreuzen Sie die entsprechenden Angaben an.

Ich lege/Wir legen der Schule folgende schriftliche Nachweise vor:

-  
-  
-

Im Rahmen der Sprachstandserhebung „Spiel mit mir!“ bitte(n) ich(wir) um folgenden  
Unterstützungsbedarf für mein (unser) Kind:

-  
-  
-

Berlin, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der erziehungsberechtigten Person(en)