

Sekundarschule Andelfingen  
Bodenwiesstrasse 4  
8450 Andelfingen  
Tel 052 305 27 70  
Fax 052 305 27 77  
info@sek-andelfingen.ch  
www.sek-andelfingen.ch

*Sekundar  
Schule  
Andelfingen*

## Antrag sonderpädagogische Massnahmen Sekundarschule

<b>1. Personalien</b>	<input type="checkbox"/> Stütz- und Fördermassnahmen
<b>des Schülers / der Schülerin:</b>	
Name _____	Vorname _____
Geburtsdatum _____	Nationalität _____
Geschlecht <input type="radio"/> m <input type="radio"/> w	Lehrperson 6. Klasse (jetzt) _____ Schulort (jetzt) _____
<b>der Eltern oder des Besorgers / der Besorgerin:</b>	
Anrede <input type="checkbox"/> Familie <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	
Name _____	Vornamen _____
Strasse _____	PLZ / Ort _____
Telefon P _____	Telefon G _____
	Natel _____

<b>2. Bisherige sonderpädagogische Massnahmen / Abklärungen</b>	
<b>Stütz- und Fördermassnahmen Primarschule</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche:
<input type="checkbox"/> ISF (Integrierte Schulungsform) <input type="checkbox"/> Nachhilfe <input type="checkbox"/> Mentorat für Hochbegabte <input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> DaZ (Deutsch als Zweitsprache) <input type="checkbox"/> Legasthenie <input type="checkbox"/> keine mehr ab	
<input type="checkbox"/> Aufgabenhilfe <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> andere	
<b>Lehrperson/-en sonderpädagogische Massnahmen</b>	Name / Vorname Strasse / Nr. PLZ / Ort Tel. / Nr.
SPM Bemerkungen	Name / Vorname Strasse / Nr. PLZ / Ort Tel. / Nr.

<b>3. Antrag sonderpädagogische Massnahmen Sekundarschule</b>	
<b>Weiterführung Therapien in der Sekundarschule</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche:
<input type="checkbox"/> ISF (Integrierte Schulungsform) <input type="checkbox"/> Nachhilfe <input type="checkbox"/> Mentorat für Hochbegabte <input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> DaZ (Deutsch als Zweitsprache) <input type="checkbox"/> Legasthenie <input type="checkbox"/> keine mehr ab	
<input type="checkbox"/> Aufgabenhilfe <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> andere	
Weiterführung bei bisheriger Lehrperson/TherapeutIn <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Name / Vorname Strasse / Nr. PLZ / Ort Tel. / Nr.
<b>Vorliegende SPM Berichte</b>	Name / Vorname Strasse / Nr. PLZ / Ort Tel. / Nr.
Ort / Datum _____	Unterschrift der Eltern _____