

FÖRDERNACHWEIS

Zeitraum:

Name des Kindes

Straße u. Hausnr.

Wohnort

Kostenübernahme durch _____ Bescheid vom: _____ Für die Zeit vom _____ bis _____

Bei Beginn der Maßnahme: Das offene Beratungsangebot fand am _____ statt. Das Teamgespräch wurde durchgeführt.

Mo- nat	Tag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Unterschrift des Erziehungs- berechtigten	
	amb.																																	
	mobil																																	
	amb.																																	
	mobil																																	
	amb.																																	
	mobil																																	

**Elterngespräch = „E“; Elterngruppe = „EG“; Einzelbehandlung am Kind = „K“; Eltern-/Kindbehandlung = „EK“;
Gruppenbehandlung (Kinder) = „GK“; Doppelstunde = „2“
(Die Behandlung sind mit diesen Buchstaben zu kennzeichnen)**

Die Förderung läuft weiter

ja notwendiger Förder- und Behandlungsplan folgt / wurde bereits vorgelegt

nein Begründung:

Datum _____ Unterschrift: _____