



LVR-Louis-Braille-Schule · Meckerstraße 1-3 · 52353 Düren

LVR-Louis-Braille-Schule Düren

Frühförderzentrum

für sehbeeinträchtigte Kinder

Tel: 02421 40782-230

Fax: 02421 40782-229

fruehfoerderung@lbs.nrw.schule

Stammblatt Frühförderung

| Allgemeine Angaben | |
|--|---|
| Name, Vorname des Kindes: | |
| Anschrift: | |
| Geschlecht: | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers |
| Geburtsdatum: | |
| Geburtsort: | |
| Konfession: | |
| Nationalität: | |
| Sprache(n) in der Familie: | |
| <hr/> | |
| Erziehungsberechtigte (Mutter): | |
| Geburtsland der Mutter: | |
| Seit wann in Deutschland: | |
| Telefon (Mutter): | |
| E-Mail-Adresse: | |

| | |
|--|--|
| Erziehungsberechtigter (Vater): | |
| Geburtsland des Vaters: | |
| Seit wann in Deutschland: | |
| Telefon (Vater): | |
| E-Mail-Adresse: | |
| Bei Trennung der Eltern und gemeinsamen Sorgerecht > Anschrift des 2. Elternteils: | |
| Vormund mit Anschrift, Telefon & E-Mail: | |
| Krankenversicherung: | |
| Augenärztlicher Befund: | |
| Weitere Diagnosen: | |
| Schwerbehindertenausweis: | |
| Blindengeld: | |
| Pflegegrad: | |

Frühförderung Sehen

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|--|--|--|--|--|--|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Aufnahmedatum: | | | | | | | Einschulung: | | | | | | | | |
| Schuljahr: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Frühförderin: | | | | | | | | | | | | | | | |

| | Augenärzt*in | Klinik |
|----------------------|--------------|--------|
| Name: | | |
| Adresse: | | |
| Telefon: | | |
| E-Mail-Adresse: | | |
| Ansprechpartner*in: | | |
| Orthoptistin: | | |
| Letzter Bericht vom: | | |

| Kinderärzt*in | | Sozialpädiatrisches Zentrum |
|----------------------|--|------------------------------------|
| Name: | | |
| Adresse: | | |
| Telefon: | | |
| E-Mail-Adresse: | | |
| Ansprechpartner*in: | | |
| Letzter Bericht vom: | | |

| Weitere Förderungen / Therapien | |
|--|--|
| Physiotherapie: | |
| Ergotherapie: | |
| Logopädie: | |
| Heilpädagogik: | |
| | |

| Kindertagesstätte | |
|---------------------------------|--|
| Eintrittsdatum: | |
| Name / Adresse: | |
| Telefon: | |
| E-Mail-Adresse: | |
| Leitung KiTa: | |
| Gruppe / Ansprechpartner*in: | |
| Inklusionskraft: | |

Schweigepflicht-Entbindung liegt vor: ja nein