**Nachweis über die Inanspruchnahme**

**der Fachberatung im Sinne der Ziffer 6.6 der Richtlinien des LWL**

**über die Förderung von Kindern mit Behinderung**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anschrift des Trägers** |  | |
| **Anschrift der Einrichtung** |  | |
| **Name, Vorname des Kindes** |  | |
| **Geburtsdatum** |  | |
| **Aufnahmedatum** |  | |
| **Integrative Förderung seit** |  | |
|  |  | |
| **Fachberatung**  **in der Einrichtung am** |  | |
| **durch** | **Spitzenverband**  **Jugendamt**  **LWL** | |
| **Name der Fachberatung** |  | |
|  |  | |
| **Anlass für den möglichen Kindergartenwechsel** (sollte der Platz nicht ausreichen, verwenden Sie bitte die Rückseite!): | | |
| **Ergebnis der (gemeinsamen) Beratung:** | | |
|  | |  |
| **Unterschrift der Fachberatung** | | **Unterschrift des Trägers** |