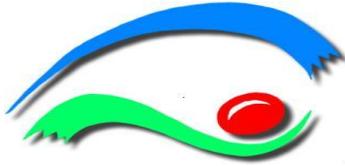


Antrag auf Kooperation

Name der Lehrkraft: _____

per Fax oder Mail an:

**Sonderpädagogisches Bildungs- und Beratungszentrum mit
Förderschwerpunkt Schüler in längerer Krankenhausbehandlung**



Kriegsbergstraße 62, 70174 Stuttgart
Tel. 0711 – 278 73853 Fax: 0711- 278 73859

schule-fuer-krankte@stuttgart.de

Adressfeld der Heimatschule (Schulstempel)

Wir beantragen Beratung im Rahmen der Sonderpädagogischen Dienste für

Name des Schülers/Schülerin

Klasse

Name der Klassenleitung

Unterschrift der Schulleitung

Anlass der Anfrage: _____

Telefonnummer und Erreichbarkeit der Klassenleitung: _____
