**Klassenlehrperson/en KL:**

**Schulische Heilpädagogik SHP** (- wie viele Lektionen?):

**Unterrichtsassistenz UA** (- wie viele Lektionen?) :

**Weitere Fördermassnahmen (**Therapien, DaZ, Fachlehrpersonen etc. – wie viele Lektionen?):

**Datum des letzten Standortgespräches SSG:**

**IST –Stand** (Diagnostik – Tests, Beobachtungen etc.):

**Übergeordnete Ziele** (Wann wurden sie festgelegt?):

**Stärken, Ressourcen, Interessen:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Bereich: Aktivitäten/Partizipation** | **Zielzustand:** Konkretes Ziel, dass Schülerin/Schüler erreichen soll | **Konkretes Vorgehen, Verantwortung** | **Beobachtungen, Einschätzung der Zielerreichung** (mit Datum und Kürzel) |
| Wählen Sie ein Element aus. |  |  |  |
| Wählen Sie ein Element aus. |  |  |  |
| Wählen Sie ein Element aus. |  |  |  |
| Wählen Sie ein Element aus. |  |  |  |
| Wählen Sie ein Element aus. |  |  |  |
| Wählen Sie ein Element aus. |  |  |  |
| Wählen Sie ein Element aus. |  |  |  |
| Wählen Sie ein Element aus. |  |  |  |
| Wählen Sie ein Element aus. |  |  |  |
| Wählen Sie ein Element aus. |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Bereich:** **Körperfunktionen** | **Zielzustand:** Konkretes Ziel, dass Schülerin/Schüler erreichen soll | **Konkretes Vorgehen, Verantwortung** | **Beobachtungen, Einschätzung der Zielerreichung** (mit Datum und Kürzel) |
|  |  |  |  |
| **Therapien:** |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Weitere wichtige Informationen:**

**Nächstes Gespräch: Mit dem Schüler/der Schülerin besprochen am:**

**Unterschrift:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Klassenlehrperson/en KL | Schulische Heilpädagogik SHP | Unterrichtsassistenz UA | Therapeuten Logo/PMT und/ oder Fachlehrpersonen | Eltern und/oder Schüler/in |
|  |  |  |  |  |