

## Antrag auf zeitweise Beurlaubung vom Unterricht zur Durchführung therapeutischer Maßnahmen

Antragsteller \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Ich/wir beantrage/n für unser Kind \_\_\_\_\_ die zeitweise Beurlaubung vom Unterricht während des Schuljahres 20\_\_\_/\_\_\_ bzw. während der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_ zur Durchführung folgender therapeutischer Maßnahmen:

- |                       |                  |                       |              |
|-----------------------|------------------|-----------------------|--------------|
| <input type="radio"/> | Krankengymnastik | <input type="radio"/> | Ergotherapie |
| <input type="radio"/> | Logopädie        | <input type="radio"/> | _____        |

Begründung: \_\_\_\_\_

Die Therapie findet statt wöchentlich am \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr

- |                       |  |                       |               |
|-----------------------|--|-----------------------|---------------|
| <input type="radio"/> | in der Praxis  | <input type="radio"/> | in der Schule |
| <input type="radio"/> | Die Zuweisung eines schulischen Raumes ist erforderlich. |                       |               |

Therapeut/-in ist Herr/Frau \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten

=====

### Stellungnahme des Klassenteams:

Das Therapeuten-Gespräch hat am \_\_\_\_\_ stattgefunden (Bitte Kopie des Protokolls dem Antrag beifügen). Die Fortsetzung der Therapie wird befürwortet/nicht befürwortet.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

=====

Der Antrag wird genehmigt/nicht genehmigt und gilt für die Dauer des Schuljahres 20\_\_\_\_\_. **Es wird erwartet, dass jährlich im Herbst ein regelmäßiger Austausch über Ziele, Maßnahmen und Methoden zwischen Therapeuten und zuständigen Klassenteams erfolgt.** Sollte die therapeutische Maßnahme im nächsten Schuljahr fortgesetzt werden, ist ein erneuter Antrag zu stellen.

Bitburg, den \_\_\_\_\_