



**Anlage 3 zum ANTRAG AUF LEISTUNGEN AUS DEM BILDUNGS- UND TEILHABEPAKET
(Anlage immer zusammen mit einem Antrag abgeben)**

Ergänzende angemessene Lernförderung

1. Entbindung von der Schweigepflicht (vom Antragsteller/in auszufüllen)

Angaben zum Kind

Name: Vorname:

Geb.-Datum: Aktenzeichen: **40.71/**

Ich bin damit einverstanden, dass der Landkreis Märkisch-Oderland die erforderlichen Daten von der Schule einholt und entbinde die Lehrerin/ den Lehrer von der Schweigepflicht. Die Zustimmung wird freiwillig abgegeben. Ein Widerruf der Erklärung ist jederzeit möglich.

<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ort/Datum	Unterschrift Antragsteller/in	Ort/Datum	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters minderjähriger Antragsteller/innen

2. Bestätigung der Schule

Für o. g. Schüler/in besteht Lernförderbedarf für

das Fach/die Fächer

in der Klassenstufe

für einen Förderzeitraum

bis zum Schulhalbjahresende bis zum Schuljahresende

abweichender Zeitraum von bis Monat/Jahr)

in einem Umfang von wöchentlich insgesamt

2 Unterrichts-/ Zeitstunden 4 Unterrichts-/ Zeitstunden (nicht Zutreffendes bitte streichen)

Es wird bestätigt, dass ergänzende angemessene Lernförderung geeignet und zusätzlich erforderlich ist, um die nach den schulrechtlichen Bestimmungen festgelegten wesentlichen Lernziele zu erreichen.

nein ja, weil

Ist die Leistungsschwäche auf unentschuldigte Fehlzeiten oder anhaltendes Fehlverhalten zurückzuführen?

nein ja, welche

Wurden bzw. werden schulische Förderangebote genutzt (diese haben grundsätzlich Vorrang vor außerschulischen Lernfördermaßnahmen)?

nein, Grund

ja, welche mit welchem Erfolg

Ansprechpartner der Schule

Telefon:

Datum

Unterschrift/Stempel der Schule

Ansprechpartner für Rückfragen

Front-Office

E-Mail: but-stelle@landkreismol.de

Telefon: 03346 850 6838

Fax: 03346 850 6809

Seite 1

3. Angaben zum Anbieter der Lernförderung (vom Anbieter auszufüllen)

Name des Anbieters:

Anschrift des Anbieters:

Straße: Hs-Nr.:

PLZ: Ort:

Es handelt sich bei dem Anbieter der Lernförderung um:

einen Verein/ein Unternehmen

eine Privatperson

Ich/wir bieten für das Kind

Name: Vorname:

meine/unsere Leistung in Höhe von

€ je Unterrichtsstunde **oder**

€ je Zeitstunden an und bitten

im Falle der Bewilligung um Überweisung auf folgendes Konto:

Bankverbindung des Anbieters:

Kontoinhaber:

Name der Bank:

BIC: IBAN:

Hinweis:

Lernförderung ist grundsätzlich in Gruppen durchzuführen. Eine Einzellernförderung ist notwendig, weil *(bitte ausführliche Begründung)*

Ort, Datum

X _____

Unterschrift und Stempel des Anbieters

4. Bestätigung der Eltern/Personensorgeberechtigten

Ich bin mit der Unterrichtung des o. g. Kindes durch den in Punkt 3 genannten Anbieter einverstanden und halte die o.g. Lernförderung für geeignet.

Ort/Datum

X _____

Unterschrift

Hinweis:

Ansprechpartner für Rückfragen

Front-Office

E-Mail: but-stelle@landkreismol.de

Telefon: 03346 850 6838

Fax: 03346 850 6809

Seite 2