



<b>Außerschulische Maßnahmen (soweit der Schule bekannt)</b>	
Art der Maßnahme:	Zeitpunkt bzw. Dauer der Maßnahme:
Therapie am SPZ	
Tagesklinik / KJP	
Psychiatrie (z.B. Heckscherklinik)	
Psychotherapie	
andere Therapien	
Hilfe zur Erziehung	
andere Hilfen des Jugendamtes	

**STELLUNGNAHME DER ABGEBENDEN SCHULE:**  
**Warum soll der Schüler in der FTK beschult werden?**

Bitte beschreiben Sie hier sozio-emotionale Auffälligkeiten wie z.B.:  
 Schulverweigerung, Versagensangst, Selbstwertproblematik,  
 Aggressivität gegenüber Mitschülern, Lehrern/Betreuer, Gegenständen oder sich selbst,  
 Mangel an Kritikfähigkeit, Frustrationstoleranz, Impulskontrolle

---

**Wie äußerte sich die/der SCHÜLER/IN zur FTK,  
als ihr/ihm diese Möglichkeit vorgestellt wurde?**

**Wie äußerten sich die ELTERN zur FTK,  
als ihnen diese Möglichkeit vorgestellt wurde?**

Die Eltern wurden informiert am: \_\_\_\_\_

Bitte nennen Sie uns ein(e(n)) Ansprechpartner(in) an Ihrer Schule für Rückfragen.

\_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Telefonnummer des Schulsekretariats: \_\_\_\_\_