

Stadt Braunschweig Fachbereich Soziales und Gesundheit	Datum: Bearbeiter/in: AZ:
---	---------------------------------

**Bestätigung der Schule über die Notwendigkeit von Lernförderung  
Allgemein bildende Schulen in Niedersachsen  
§ 34 Abs. 5 SGB XII**

**Bei Folgeanträgen sind die letzten beiden Zeugnisse und eine Stellungnahme zur Lernentwicklung in den letzten 6 Monaten beizufügen!**

<b>Schüler/in</b>	
Name, Vorname, Geburtsdatum	Anschrift

<b>Schule</b>	
Bezeichnung	Anschrift

<b>Von den Erziehungsberechtigten bzw. Leistungsberechtigten auszufüllen</b>	
<b>Einwilligung</b>	
Mit der Antragstellung auf Gewährung von Lernförderung willige ich in die Erhebung, Verarbeitung, Speicherung und Übermittlung der zur Bearbeitung der Bestätigung der Schule erforderlichen persönlichen Daten und Angaben durch bzw. an die Schule ein. Ich entbinde insoweit die mit der Bearbeitung befassten Bediensteten von der Pflicht zur Verschwiegenheit.	
Datum	Unterschrift

<b>Von den Erziehungsberechtigten bzw. Leistungsberechtigten auszufüllen</b>	
Für die o. g. Schülerin/ den o. g. Schüler wird Lernförderung beantragt	
in der Klassenstufe _____	
im Fach/ in den Fächern _____ / _____	

<b>Von der Schule auszufüllen</b>	
<b>Zutreffendes bitte ankreuzen</b>	
Fach/Fächer _____ / _____	
<input type="checkbox"/> Der Erwerb der wesentlichen Kompetenzen ist gefährdet (Indikatoren: z. B. Gefährdung der Versetzung oder kein ausreichendes Leistungsniveau in einzelnen Fächern).	
<input type="checkbox"/> Die Schülerin/ der Schüler hat keine Deutschkenntnisse	
<input type="checkbox"/> Im Falle der Erteilung von Lernförderung besteht eine positive Prognose, die wesentlichen Kompetenzen zu erwerben.	
<input type="checkbox"/> Die Leistungsschwäche ist nicht auf unentschuldigte Fehlzeiten oder anhaltendes Fehlverhalten oder Nichtteilnahme an außerunterrichtlichen Angeboten der Schule zurückzuführen	
<input type="checkbox"/> Geeignete kostenfreie schulische Angebote hinsichtlich des festgestellten Lernförderbedarfs bestehen nicht.	
<input type="checkbox"/> Es liegt Legasthenie oder Dyskalkulie vor.	
<b>Empfehlung der Schule*</b>	
<input type="checkbox"/> Einzelförderung	<input type="checkbox"/> Gruppenförderung
<input type="checkbox"/> 1 Stunde/Woche	<input type="checkbox"/> 2 Stunden/Woche
<input type="checkbox"/> durch Schüler/in oder Student/in	
<input type="checkbox"/> durch Lehrer/in	
<input type="checkbox"/> durch professionellen Anbieter	

<b>Von der Schule auszufüllen</b>	
Ansprechpartner/in für Rückfragen ist Frau/Herr _____ Telefon _____ _____	Ort, Datum  _____
Unterschrift der Klassenlehrerin/ des Klassenlehrers	Stempel der Schule

\* Die Empfehlung der Schule gilt in der Regel für den Bewilligungszeitraum, also sechs Monate. Falls die Schule eine kürzere Dauer der außerschulischen Lernförderung empfiehlt, ist dies ausdrücklich zu vermerken.