

Name, Vorname*:		
Geburtstag*:		
Schule*:		
Diagnose*:		
Startklasse (bitte nachfolgend Zutreffendes ankreuzen):		* Pflichtfelder

Schüler/in ist bereits entsprechend der Richtlinien des DBS national oder regional klassifiziert.

oder

Zuordnung erfolgte über die Vereinfachte Klassifizierungstabelle (siehe Anlage II)

oder

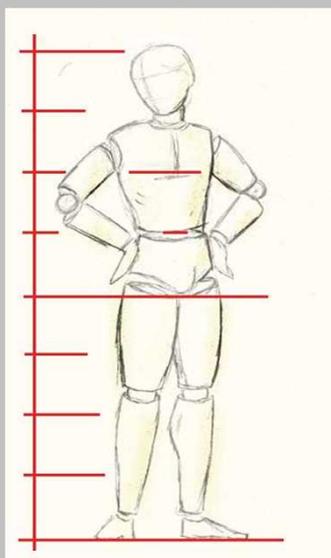
Zuordnung wird über das Org.team erbeten (siehe Infos im Anhang III)

*Ab hier nur auszufüllen, wenn Zuordnung über das Org.team erbeten wird*

**Schüler/innen mit Körperbehinderung**

Zutreffendes bitte ankreuzen (pro Zeile ein Kreuz)		sehr gut	gut	befriedigend	schlecht	kaum möglich	nicht möglich
Arme	Bewegung						
Rumpf	Kontrolle der Rumpfmuskulatur						
Beine	Bewegung						

		aus dem Startblock	aus dem Startblock mit Hilfe	neben dem Startblock			
Start	Bitte Zutreffendes ankreuzen						



Bitte die Gliedmaßen bzw. Gelenke mit Bleistift o.ä. ausfüllen, die von der Behinderung betroffen sind. Fehlende Gliedmaßen ebenfalls ausmalen oder schraffieren.

Sonstige Anmerkungen:

Unterschrift Verantwortlicher Schule:

Tel.*:	
Mail*:	