



# Erfassung Lernender mit Behinderungen oder Lern- und Leistungsschwierigkeiten

Auszufüllen bei Lehrbeginn oder bei Erkennung von Lern- / Leistungsschwierigkeiten durch den/die Lernende mit der zuständigen Lehrperson.

**1. Datum Erfassung:** .....

## 2. Personalien des/der Lernenden

Name: .....	Beruf: .....
Vorname: .....	Fachrichtung: .....
Strasse: .....	Lehrbetrieb: .....
Wohnort: .....	Ort: .....
Tel. Privat: .....	Tel. Geschäft: .....
.....	Lehre von/bis: .....

## 3. Leistungsbeeinträchtigung

Legasthenie
  Dyskalkulie  
 andere: .....

Bitte Entsprechendes ankreuzen

## 4. Zuständige Lehrperson / BetreuerIn

Name: .....

Telefon: ..... E-Mail: .....

## 5. Vorhandene Dokumente (Arztzeugnis, Abklärungen etc.)

.....

## 6. Vorgesehene Massnahmen

.....

<b>Datum:</b>	<b>Unterschrift:</b>
---------------	----------------------

Lernende/r: .....

Gesetzliche/r Vertreter/in: .....

Zuständige Lehrperson: .....

Lehrbetrieb: .....

Formular bleibt bei der zuständigen Lehrperson

Kopie an: Amt für Berufsbildung, Lehraufsicht