

88250 Weingarten

Datum:

Name des Kindes:		m ☐ w ☐
Geburtstag:		
Name eines Erziehungsberechtigten:		
Straße:		
Wohnort:		
Telefon (Festnetz und Mobil):		
Email-Adresse:		
Schule:		Klasse:
Ort:		
Klassenlehrer/in:		Mathematiklehrer/-in:
Bitte kreuzen Sie an, wann Sie <u>Zeit</u> für ein Beratungsgespräch haben: ☐ Montagnachmittag ☐ Dienstagnachmittag ☐ Mittwochnachmittag ☐ Donnerstagnachmittag ☐ Freitagnachmittag		
Bitte beschreiben Sie in zwei, drei Sätzen die Schwierigkeiten Ihres Kindes.		