

## Betreute Arbeitsstunden Standort Leibstadt

Vereinbarung (Anmeldung) für das Schuljahr 2024/2025 Vorname u. Name Schüler/in:	Klasse
Klassenlehrperson:	Tel. od. Natel Klassenlehrperson*:
Erziehungsberechtigte:	Tel. od. Natel Erziehungsberechtigte*:
Grund der Anmeldung. Welches sind die Probleme im Unterricht? Wie muss die Schülerin/der Schüler im Rahmen von BAS unterstützt werden?	
An welchen Tagen und zu welchen Zeiten sollen die BAS stattfinden? (Bitte ankreuzen)	
Montag: <input type="checkbox"/> 15.05 – 15.50 <input type="checkbox"/> 15.50 – 16.35	
Dienstag: <input type="checkbox"/> 15.05 – 15.50 <input type="checkbox"/> 15.50 – 16.35	
Mittwoch: <input type="checkbox"/> 11.50 – 12.35 <input type="checkbox"/> 12.35 – 13.20	
Donnerstag: <input type="checkbox"/> 15.05 – 15.50 <input type="checkbox"/> 15.50 – 16.35	
Wann soll gestartet werden? (Datum).....	
Über welche Zeitdauer sollen die BAS stattfinden? .....	
Datum erste Standortbestimmung oder Beendigung von BAS.....	
Was muss die BAS-Betreuungsperson <b>aus Sicht der Klassenlehrperson</b> noch wissen, damit sie mit der Schülerin/mit dem Schüler effizient arbeiten kann? (z.B. Verhaltensauffälligkeiten, bevorzugte Arbeitstechniken usw.)	
Was muss die BAS-Betreuungsperson <b>aus Sicht der Erziehungsberechtigten</b> noch wissen, damit sie mit der Schülerin/mit dem Schüler effizient arbeiten kann? (z.B. Verhaltensauffälligkeiten, bevorzugte Arbeitstechniken usw.)	
An der Vereinbarung beteiligte Personen (Unterschriften)	
Schüler/in: .....	
Klassenlehrperson .....	
Erziehungsberechtigte .....	
Datum der Übergabe an die/den BAS- Koordinator/in .....	
.....	

\* für Kontaktaufnahme durch die BAS-Betreuungsperson