

## Lernstudio SJ21/22

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_

- Tage und Zeiten:  Montag 12.50 – 13.35  
 Dienstag 12.50 – 13.35  
 Mittwoch 12.50 – 13.35  
 Donnerstag 12.50 – 13.35  
 Freitag 12.50 – 13.35

Zeitraum: \_\_\_\_\_

### Besonderheiten des Kindes/ Voraussetzungen:

(Bsp. Hat sehr grosse Aufmerksamkeitsstörungen; braucht lange bis er/sie anfängt zu arbeiten,...)

---

---

---

---

---

### Erwartungen an das Lernstudio/ spezielle Abmachungen

(Bsp. Sicherstellen, dass Kind täglich 15' liest; gemeinsam im Hausaufgabenheft abchecken was zu tun ist, ...)

---

---

---

---

### Anmeldung durch

Eltern Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Lehrperson Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Mit Eltern abgesprochen am: \_\_\_\_\_

Kopie z.Hd. Klassenlehrperson, Eltern, Lernstudio-Leitung; Original z.Hd.  
Schulleitung