**An**

**den Stützpunkt Sehen**

**des FBZ Region Südwestpfalz**

**Winzler Straße 36-40**

**66955 Pirmasens**

**Anfrage von Schulen zur Beratung und Unterstützung**

**durch den Stützpunkt Sehen am FBZ Region Südwestpfalz**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |       |
| *Name, Vorname der Schülerin/ des Schülers* |  | *Geburtsdatum* |
|       |  |       |
| *Name und Art der Schule* |  | *Klassenstufe* |
|       |
| *Straße, PLZ, Schulort* |
|       |  |       |
| *Schulleiter/-in* |  | *Klassenlehrer/-in* |
|  |
| *Name der Erziehungsberechtigten*  |
|       |
| *Straße, PLZ, Wohnort* |
|       |  |       |
| *Telefon* |  | *E-Mail-Adresse* |
| *Anlass der Anfrage:*  |
|       |

☐ Augenärztlicher Bericht liegt bei

☐ Augenärztlicher Bericht wird nachgereicht

|  |
| --- |
|  |
| *Datum* |  | *Unterschrift* |