# Meldebogen VERA 8 in 2024 für blinde Schüler\*innen (Abgabetermin: 20.12.2023)

|  |  |
| --- | --- |
| **Besuchte Schule:**  | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Straße: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| PLZ, Ort:  | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Tel.: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Schulnummer: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Schulleiter\*in:  | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Ansprechpartner der Schule: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| EPOS-Adresse der Schule: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Schülerangaben:** |  |
| Name/Vorname: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Geb. Datum:  | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Blindenlehrkraft  | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

Der/Die Schüler\*in benötigt folgende Testhefte: (Testheft 1 unteres und mittleres Anspruchsniveau, Testheft 2 höheres Anspruchsniveau, Testheft 3 hohes Anspruchsniveau)

**1. Fremdsprache Englisch** (freiwillig): [ ] keine Teilnahme [ ] Teilnahme

falls ja

[ ]  Leseverstehen [ ]  Hörverstehen

**1. Fremdsprache Französisch** (freiwillig): [ ] keine Teilnahme [ ] Teilnahme

falls ja

[ ]  Leseverstehen [ ]  Hörverstehen

**Deutsch** (freiwillig): [ ]  keine Teilnahme [ ]  Teilnahme

falls ja:[ ] Zuhören [ ] Lesen

**Mathematik** (verpflichtend): [ ]  Testheft 1 [ ]  Testheft 2 [ ]  Testheft 3

Testbereiche: Alle Leitideen Ergänzungsmodul: "Zahl"

|  |
| --- |
| Ausgabeform: |
| [ ]  **nur Datei** |  |
| [ ]  **Längere Texte ausgedruckt, Aufgaben als Datei (Auswahl des Ausdrucks siehe ab übernächster Zeile):** |
| [ ]  **Ausdruck in:** |
| [ ] Vollschrift | [ ]  Ausdruck vor Ort |
| [ ]  **Ausdruck einseitig** | [ ]  **Ausdruck doppelseitig** | [ ]  **Einzeiliger Abstand** | [ ]  **Doppelzeiliger Abstand** |
| **Mathematik in:** |  |  |  |
| [ ]  LaTeX | [ ]  Marburger Systematik (Vollschrift) |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift der Beratungslehrkraft (FöL für Blinde und Sehbehinderte)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift der Schulleitung