

## ANMELDUNG ZUR BERATUNG

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon / Handy: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Schule: \_\_\_\_\_

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

Lehrer/in: \_\_\_\_\_

Grund der Anmeldung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass diagnostische Gespräche und Testverfahren durchgeführt werden.

ja

nein

Ich entbinde / Wir entbinden Frau \_\_\_\_\_ (Schulpsychologin/Beratungslehrkraft) gegenüber den unten genannten Personen von der Schweigepflicht:

\_\_\_\_\_

---

Datum

Unterschrift

## ANGABEN ZUM KIND

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Name der Mutter: \_\_\_\_\_

Name des Vaters: \_\_\_\_\_

Name, Alter, Klasse, Schulart der Geschwister:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welche vorschulischen Einrichtungen hat Ihr Kind besucht? Für wie lange?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wann wurde Ihr Kind eingeschult? \_\_\_\_\_

Welche Klasse(n) wurde(n) wiederholt? \_\_\_\_\_

Fanden bereits Fördermaßnahmen statt? (z.B. Ergotherapie, Logopädie ...)

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wann wurde die Sehfähigkeit Ihres Kindes das letzte Mal überprüft? \_\_\_\_\_

Wann wurde die Hörfähigkeit Ihres Kindes das letzte Mal überprüft? \_\_\_\_\_

Haben Sie wegen des aktuellen oder eines ähnlichen Anlasses bereits andere Stellen aufgesucht? Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Weitere wichtige Informationen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_