Markus Tosch
Qualifizierte Beratungslehrkraft

Pestalozzistraße 15, 94327 Bogen

Tel: 09422/805428
E-Mail: schulberatung@mittelschule-bogen.de

Staatliche **Schulberatung**

Anmeldung zur Schulberatung

(auszufüllen von den Sorgeberechtigten)

Hinweis: Alle Antworten werden vertraulich behandelt. Die Fragen, die Sie nicht beantworten möchten, können selbstverständlich ausgelassen werden. Bitte führen Sie weitere Informationen, die wichtig sind, aber nicht erfragt werden, auf einem Beiblatt aus.

Schülerin/Schüler

Name, Vorname: _____ geb.: _____

Anschrift: _____

Sorgeberechtigte: _____

Tel./ Handynummer: _____ E-Mail:_____

weitere Informationen zur familiären Situation (z.B. Sorgerecht, Welche Sprache wird in der Familie gesprochen?, Wohnsituation, usw.):

_____

Anzahl und Alter der Geschwister:_____

Schule

Name und Anschrift der Schule: _____

Klasse: _____ Lehrkraft: _____

Einschulung: ☐ regulär ☐ vorzeitig ☐ zurückgesellt ☐ Einschulungskorridor

Klassenwiederholung: ☐ nein ☐ ja Jahrgangsstufe: _____

Grund der Beratung

Bitte kreuzen Sie an:

☐ allgemeine Lern- und Leistungsschwierigkeiten

☐ Teilleistungsschwäche im Fach Deutsch

☐ gefährdetes Vorrücken in die nächste Jahrgangsstufe

☐ Verdacht auf Sonderpädagogischen Förderbedarf

☐ auffälliges Sozialverhalten

☐ Schullaufbahnberatung

☐ Übertritt an weiterführende Schulen

☐ Zurückstellung vom Schulbesuch

☐ Sonstiges:

Markus Tosch
Qualifizierte Beratungslehrkraft

Pestalozzistraße 15, 94327 Bogen

Tel: 09422/805428
E-Mail: schulberatung@mittelschule-bogen.de

Staatliche **Schulberatung**

Was haben Sie bereits unternommen? (Bsp.: Therapien, Zuziehung von Experten usw.)

_____

_____

Bei Verdacht auf LRS: Fand bereits eine augen-/ohrenärztliche Abklärung statt? Wann?

_____

Betreuung aktuell (z.B. MSD, Therapie,…)

_____

***Was Sie noch unbedingt mitteilen möchten**:*

_____

_____

_____

_____

Hinweise zur Zusammenarbeit und Schweigepflicht

Um zusätzliche Untersuchungstermine zu vermeiden, bitte ich Sie um Ihr Einverständnis mit den Personen zusammen zu arbeiten, die Ihr Kind betreuen werden oder von denen Ihr Kind bereits betreut wurde oder wird (z.B. Lehrkraft, Schulleitung, Beratungslehrkräfte, MSD, JAS, Facharzt/Fachärztin, Therapeut/Therapeutin usw.).

Bitte füllen Sie hierzu für die relevanten Personen das Formular zur Entbindung von der Schweigepflicht (Seite 3) aus, so dass im Bedarfsfall Informationen und Unterlagen an diese Personen weitergegeben *oder von diesen eingeholt* werden dürfen.

Allgemeiner Hinweis: Bitte lassen Sie uns ausgefüllte Formulare aus Datenschutzgründen nicht per E-Mail, sondern bitte auf dem Postweg zukommen.

Einverständniserklärung

Ich bin **damit einverstanden**, dass im Rahmen der Schulberatung diagnostische Testverfahren durchgeführt werden. Über die Ergebnisse werde ich informiert.

_____ _____

(Ort, Datum) Unterschrift Sorgeberechtigte/r

*(Mit der Unterschrift versichere ich / versichern wir, dass die Anmeldung zur Schulberatung **nach dem Willen von allen Sorgeberechtigten** gewünscht wird und der Inhalt der Anmeldung verstanden wurde.*