

Anmeldebogen zur Beratung

Sie wünschen für Ihre(n) Tochter/ Sohn zur Klärung schulischer Schwierigkeiten eine Beratung.

Hierzu benötige ich vorab einige Angaben, die mit diesem Anmeldebogen erfragt werden.

Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt.

Familienname des Kindes:	Vorname: wohnhaft:	Geburtsdatum:
---------------------------------	---	----------------------

Schule:

Klasse:

Klassenlehrer/in:

Besonderheiten der Schullaufbahn:

- vorzeitige Einschulung Zurückstellung Schulwechsel
 (freiwilliges) Wiederholen von Klasse:

Beschreiben Sie bitte in wenigen Worten, warum Sie eine Beratung wünschen:

Von wem wurde die Beratung angeregt?

- eigener Wunsch Lehrer andere Beratungsstelle
 Bekannte Sonstige:

Haben Sie sich schon früher einmal in Schul- oder Erziehungsfragen bei einer anderen Stelle beraten lassen?

Nein

Ja Wenn ja, bei welcher Stelle? _____

 Wann war diese Beratung? _____

Schulnoten des letzten Zeugnisses bzw. der Halbjahresinformation:

Fach	Note
Deutsch	
Mathematik	
Englisch	
NWA	
BK	
Sport	
Musik	
Religion	
EWG	

Gibt es unterstützende Fördermaßnahmen?

Stützunterricht :

Unterricht bei Lese-Rechtschreibschwäche

private Nachhilfe im Fach/den Fächern:

Nachhilfeeinrichtung im Fach/den Fächern:

Ergotherapie

Logopädie

Psychotherapie

.....

Wie viel Zeit bringt Ihr Kind täglich für Hausaufgaben auf?

½ Stunde

1 Stunde

1 ½ Stunden

2 Stunden oder mehr

Wer hilft bei den Hausaufgaben? (mehrere Antworten sind möglich)

- Mutter Vater Geschwister Großeltern
 andere Person:
 Sohn/Tochter macht Hausaufgaben weitgehend alleine

Gab es in den letzten zwei Jahren Unterrichtsausfälle wegen Krankheit ihres Kindes?

- nie selten gelegentlich oft

Hat ihr Kind in der Freizeit Kontakt zu anderen Kindern/Jugendlichen?

mit Nachbarskindern	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig
mit Klassenkameraden	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig
mit Vereinskameraden	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig
mit Jugendgruppen	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig
Sonstige:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig

Gibt es körperliche Einschränkungen beim

- Sehen Hören Sprechen Bewegen
 Sonstige:

Familiensituation

Geschwister	Name	Alter
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
sonstige Personen im Haushalt		
Trennung der Eltern	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit
sorgeberechtigte Person(en)		

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die im Rahmen der Beratung **erforderlichen Tests** bei meinem Sohn/Tochter durchgeführt werden.

- ja nein ich möchte erst später darüber entscheiden

Für die Beratung wäre es wichtig, auch die **Beobachtungen der Lehrer** zu berücksichtigen. Dies wird allerdings nur mit Ihrer Zustimmung geschehen.

Sind Sie damit einverstanden, dass ich mit folgendem(r) Lehrer/in

_____ über Ihr Kind spreche?

- ja nein ich möchte erst später darüber entscheiden

Sind Sie damit einverstanden, dass ich **Testunterlagen und Auskünfte** bei anderen Beratungsdiensten einhole?

- ja nein ich möchte erst später darüber entscheiden

Sind Sie damit einverstanden, dass ich mit Lehrern über ihr Kind und **über die Beratungsergebnisse** spreche bzw. diese Ergebnisse weiterleite?

- ja folgende Personen:
 nein ich möchte erst später darüber entscheiden

Kontaktdaten für Rückfragen:

Name des Anmeldenden: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail (optional) _____

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Ich bedanke mich für ihre Angaben und freue mich auf eine gute Zusammenarbeit.