

Karin Straßer, qualifizierte Beratungslehrkraft
Gumpinger Straße 23, 83404 Ainring
Tel.: 08654/8357
E-Mail: karin.strasser@grundschule-ainring.de



Anmeldung zur Beratung

Datum: _____

Angaben zur Schülerin/ zum Schüler:

Name	Vorname	Geburtsdatum
<hr/>		
Klasse/ Schule	Ort/ Telefon	Klassenlehrkraft

Angaben zur Familie des Kindes:

Vor- und Nachname der Erziehungsberechtigten	Sprache in der Familie/Muttersprache des Kindes
<hr/>	
Wohnort	Straße
<hr/>	
Tel.:	E-Mail
<hr/>	
Erreichbarkeit	
Sorgerecht: () beide Eltern, () Mutter, () Vater	

Beratungsanlass:

Dieses Formular dient zur Kontaktaufnahme durch die Eltern mit dem schulpsychologischen Dienst oder der Schulberatung. Nach Eingang des Kontaktformulars setzen wir uns mit den Erziehungsberechtigten zeitnahe in Verbindung.

Hinweise zum Datenschutz:

Die, in diesem Anmeldebogen erhobenen persönlichen Daten, werden von mir nicht digital verarbeitet oder gespeichert. Es kann aber vorkommen, dass persönliche Daten, wie z.B. das Geburtsdatum Ihres Kindes oder Ihre Anschrift/ Telefonnummer an andere Beratungsfachkräfte, die zuständige Schulpsychologin (z.B. im Fall einer schulpsychologischen Stellungnahme) oder andere Fachdienste (Therapeuten, Psychologische Praxen usw.) übermittelt werden müssen.

Einverständniserklärung:

Wir sind damit einverstanden, dass zur Abklärung der oben genannten Problematik unter Umständen psychologische Testverfahren (z.B. Begabungstests) durchgeführt werden. Die Ergebnisse werden vertraulich behandelt. Sie werden uns mitgeteilt und erläutert.

_____ /
Ort

_____ /
Datum

Unterschrift d. Erziehungsberechtigten

Karin Straßer, qualifizierte Beratungslehrkraft
Gumpinger Straße 23, 83404 Ainring
Tel.: 08654/8357
E-Mail: karin.strasser@grundschule-ainring.de



Für die Weitergabe zusätzlicher inhaltlicher Informationen bitten wir Sie um die **Entbindung von der gesetzlichen Schweigepflicht**. Die Schweigepflichtsentbindung kann jederzeit widerrufen werden:

Schweigepflichtsentbindung

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass _____
(Name, Vorname der Beratungslehrkraft/ Schulpsychologin)
bezüglich meines/unsers Kindes

Name, Vorname des Kindes Geburtsdatum

gegenüber folgenden Personen

Lehrkräfte: _____
(Name, Vorname der Lehrkraft/Lehrkräfte)

Schulpsychologie: _____
(Name, Vorname)

sonstige Personen (MSD, Sozialarbeit, Schulleitung) – bitte namentlich nennen:

(Name, Vorname)

(Name, Vorname)

von der **gesetzlichen Schweigepflicht** entbunden ist.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Alle ausgetauschten Informationen unterliegen darüber hinaus wieder der Schweigepflicht!

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten