



## 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
- gefährdetes Vorrücken in die nächste Jahrgangsstufe (auch nach erfolgter Wiederholung)
- Verdacht auf Sonderpädagogischen Förderbedarf
- auffälliges Sozialverhalten
- Schullaufbahnberatung
- Übertritt an weiterführende Schulen
- Zurückstellung vom Schulbesuch
- Sonstiges:



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.*