

Anmeldebogen zur Beratung

Beratungslehrerin
Daniela Brenner

Grundschule Höpfigheim
Keltergasse 31
71711 Steinheim a. M. / Höpfigheim
Tel: 07144 /24606
Mail: daniela.brenner@zsl-rss.de

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt!

Familienname (Schüler/in)	Vorname (Schüler/in)	Geburtstag
Straße / Hausnummer	PLZ / Wohnort	Telefon
Familienname, Vorname Mutter (<i>Anschrift falls abweichend</i>)	E-Mail	Mobiltelefon
Familienname, Vorname Vater (<i>Anschrift falls abweichend</i>)	E-Mail	Mobiltelefon

Klasse	Klassenlehrer/in	Schule

Schullaufbahn	
Bisher besuchte Schulen	Schulort

Besonderheiten der Schullaufbahn:
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Vorzeitige Einschulung

Zurückstellung

Schulwechsel

Wiederholung in Klasse: _____

Klasse übersprungen: _____

Von wem wurde die Beratung angeregt?

Eigener Wunsch

Lehrer/in

Beratungsstelle

Bekannte

Sonstige

Haben Sie sich schon früher einmal in Schulfragen bei einer anderen Stelle beraten lassen?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, bei welcher Stelle?	Wann war diese Beratung?

Bitte schreiben sie in wenigen Worten auf, warum Sie eine Beratung wünschen:

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Lieblingsfächer:

--	--	--

Schulnoten des letzten Zeugnisses bzw. Halbjahresinformation:		
Fach	Note	Lehrer

An welchen Fördermaßnahmen wird/ wurde teilgenommen:	
Förderkurs in der Schule, im Fach:	
Private Nachhilfe, bei:	
Sonstige, welche?	

Familiensituation				
	Vorname	Nachname	Alter	Beruf/ Schule
Vater				
Mutter				
Geschwister				

Welches sind die liebsten Freizeitbeschäftigungen Ihres Kindes?

Kontakte in der Freizeit			
Mit Nachbarn	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie
Mit Klassenkameraden	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie
Mit Vereinskameraden	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie
In Jugendgruppen	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie
Sonstige	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie

Es liegen körperliche Einschränkungen vor beim ...				
<input type="checkbox"/> Sehen	<input type="checkbox"/> Hören	<input type="checkbox"/> Sprechen	<input type="checkbox"/> Bewegen	<input type="checkbox"/> Sonstige:

In den letzten zwei Jahren wegen Krankheit versäumter Unterricht				
<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer

Einverständniserklärung		
Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der Beratung erforderliche Tests durchgeführt werden.		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ich möchte später darüber entscheiden.
Ich bin damit einverstanden, dass Frau Brenner bei den Lehrern meines Kindes Auskünfte einholen darf.		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ich möchte später darüber entscheiden.
Ich bin damit einverstanden, dass Frau Brenner Testunterlagen/ Auskünfte bei anderen Beratungsdiensten einholen darf.		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ich möchte später darüber entscheiden.
Ich bin damit einverstanden, dass Frau Brenner mit Lehrern meines Kindes bzw. mit einer anderen Beratungsstelle über mein Kind und dessen Untersuchungsergebnisse sprechen darf.		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ich möchte später darüber entscheiden.

Ort

Datum

Unterschriften

(der Erziehungsberechtigten)

Bitte senden sie den ausgefüllten Bogen an die obenstehende Adresse (Seite 1).

Vielen Dank!

Daniela Brenner