



Anmeldebogen schulpsychologische Beratung
(nicht bei Lese-/Rechtschreib-Schwierigkeiten)

Nachname Schüler/in		Schule	
Vorname		Telefon Schule	
Geburtsdatum		Klassen- lehrer/in	
Adresse		Schulbesuchsjahr	
		Klasse	
Erziehungs- berechtigte (alle)		Sorgerecht	
E-Mail-Adresse		<input type="radio"/> gemeinsam <input type="radio"/> Mutter alleine <input type="radio"/> Vater alleine <input type="radio"/> andere gesetzliche Vertreter:	
Telefon privat			
Geschwister (Name, Alter; Klasse)		Besondere Bemerkungen	

Anlass für die schulpsychologische Beratung:

Einverständniserklärung und Entbindung von der Verschwiegenheitspflicht (§203 Abs.1 Nr.2 StGB)

Wir sind damit einverstanden, dass bei unserem Sohn/unserer Tochter im Rahmen einer schulpsychologischen Beratung notwendige diagnostische Maßnahmen (z.B. Intelligenztest, Schulleistungstests, Persönlichkeitstests) durchgeführt werden.

Bezüglich der Ergebnisse der schulpsychologischen Diagnostik und Beratung entbinde/n ich/wir als gesetzliche Vertreter von

(Name des Schülers/der Schülerin)

die Schulpsychologin Frau Glaser und

- | | |
|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> die Klassenleitung unseres Kindes | Name: _____ |
| <input type="checkbox"/> die Schulleitung unseres Kindes | Name: _____ |
| <input type="checkbox"/> die Beratungslehrkraft der Schule | Name: _____ |
| <input type="checkbox"/> den zuständigen MSD der Schule | Name: _____ |
| <input type="checkbox"/> den/ die Jugendsozialarbeiter/in der Schule | Name: _____ |
| <input type="checkbox"/> zuständige Mitarbeiter des Jugendamtes/ASD: | Name: _____ |
| <input type="checkbox"/> Mitarbeiter der Erziehungsberatungsstelle: | Name: _____ |
| <input type="checkbox"/> den behandelnden Arzt: | Name: _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | _____ |

jeweils wechselseitig von der Verschwiegenheitspflicht.

(Ort, Datum)

Unterschrift Erziehungsberechtigte/Sorgeberechtigte