

Anmeldung für Eltern

Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Ratsuchende/r:

Bitte geben Sie diese Anmeldung vor dem ersten Beratungstermin zurück.

Vor- und Zuname: Telefon:

Straße:

PLZ und Ort / Ortsteil:

E-Mail:

Ich wünsche eine Beratung für:

Kindschaftsverhältnis: Sohn Tochter

Vor- und Zuname: Geb.datum:

Straße, PLZ, Ort: Nationalität:

(Falls abweichend von jener der Erziehungsberechtigten)

Das Kind wohnt:

bei den Eltern. Schule:

bei der Mutter. Schulort:

beim Vater. Klasse:

..... Lehrkraft:

Grund für den Beratungswunsch:

Schulleistungsprobleme Schullaufbahn Verhaltensfragen Berufswahl

Sonstige Gründe:

Genauere Beschreibung des Beratungsgrundes:

.....

.....

Einwilligung:

Mit der Durchführung eventueller Tests bin ich / sind wir einverstanden.

Der Beratungslehrer darf zum Einholen benötigter Informationen mit der zuständigen Lehrkraft bzw. anderen betroffenen Personen den Fall besprechen.

Im Rahmen der Untersuchung wird der Beratungslehrer von seiner Schweigepflicht gegenüber folgenden Institutionen entbunden (**Zutreffendes bitte ankreuzen!**):

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schulpsychologie | <input type="checkbox"/> Jugendamt | <input type="checkbox"/> Erziehungsberatung |
| <input type="checkbox"/> Vorschulische Erziehung | <input type="checkbox"/> Kindergarten | <input type="checkbox"/> Arzt |
| <input type="checkbox"/> Psychologe | <input type="checkbox"/> Kinderpsychiatrie | <input type="checkbox"/> Polizei |
| <input type="checkbox"/> Förderschule | <input type="checkbox"/> Ergotherapeut | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Stellen: | | |

Termin:

- Tag:

- Zeit:

- Ort:

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift der Erziehungsberechtigten)

