

Anmeldung zur schulpsychologischen Beratung

Hiermit melde/n ich/wir mein/unser Kind zur schulpsychologischen Beratung an.

Name und Vorname des Kindes		Geburtsdatum	
Anschrift			
Telefon		Mailadresse	
Erziehungsberechtigte			
Schule und Klasse		Klassenlehrkraft	

Anlass der Beratung

Bitte schildern Sie kurz ihr Anliegen:

Bereits unternommene Förderung/ Maßnahmen:

Entbindung von der Schweigepflicht

Ich/ Wir haben keine Einwände, wenn die Schulpsychologin Frau Götz als Grundlage einer fundierten Beratung mit meinem/unserem Kind

- normierte Testverfahren durchführt.
- eine gezielte Unterrichtsbeobachtung tätigt.
- mit der Lehrkraft meines/unseres Kindes Kontakt aufnimmt und Unterlagen (Hefte, Proben, Zeugnisse) einsieht.
- die Klassenlehrkraft des Kindes über Inhalte der Beratung und Testergebnisse (soweit für den Unterrichtsverlauf nötig) informiert.

Als gesetzlicher/ e Vertreter/-in entbinden wir/ ich zudem

(Bitte ankreuzen!)

(ggf. Name der Person)

<input checked="" type="checkbox"/> die Mitarbeiterin des Schulpsychologischen Diensts	Frau Magdalena Götz
<input type="checkbox"/> die Beratungslehrkraft	
<input type="checkbox"/> die mein/unser Kind behandelnden Ärzte	
<input type="checkbox"/> die Mitarbeiter/innen der Jugendsozialarbeit an Schulen	
<input type="checkbox"/> die mein/unser Kind betreuenden Therapeuten	
<input type="checkbox"/> die Mitarbeiter/innen des Jugendamtes	
<input type="checkbox"/> die Mitarbeiter/innen des MSD	

jeweils wechselseitig von der Schweigepflicht. Diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden.

....., den

(Ort)

(Datum)

.....

(Unterschrift)