

## ANMELDEBOGEN ZUR BERATUNG

---

**Ihre Angaben werden vertraulich behandelt**

Familienname	Vorname Schüler	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer	Vorname Mutter / Vater	Festnetz
PLZ, Wohnort	E-Mail	Handynummer

Klasse:  
Klassenlehrer:

Schule:

Besonderheiten der Schullaufbahn:  
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- vorzeitige Einschulung
- Zurückstellung
- Schulwechsel
- Wiederholen in Klasse:
- Klasse überspringen:

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

Von wem wurde die Beratung angeregt?

<input type="checkbox"/> eigener Wunsch	<input type="checkbox"/> Lehrer	<input type="checkbox"/> andere Beratungsstelle	<input type="checkbox"/> Bekannte	<input type="checkbox"/> Sonstige
---	---------------------------------	---	-----------------------------------	-----------------------------------

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

Nein       Ja    Wenn ja, bei welcher Stelle?  
Wann war diese Beratung?

---

Welche Fördermaßnahmen nehmen Sie in Anspruch / haben sie in Anspruch genommen?

---

---

---

---

Schulnoten des letzten Zeugnisses bzw. der Halbjahresinformation

Fach	Note	Fach	Note	Fach	Note

Derzeitige Schulnoten

Fach	Note	Fach	Note	Fach	Note

Lieblingsfächer

Familiensituation (Vater, Mutter, Geschwister)

Name	Vorname	Alter	erlernter Beruf	ausgeübter Beruf

Freizeitaktivitäten

Kontakte in der Freizeit

Mit Nachbarn	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig
Mit Klassenkameraden	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig
Mit Vereinskameraden	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig
In Jugendgruppen	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig
Sonstige:	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig

Körperliche Einschränkungen 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
------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	------------------------------

## Einverständniserklärung

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Ich bin damit einverstanden, dass die im Rahmen der Beratung erforderlichen Tests durchgeführt werden.

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ich möchte erst später darüber entscheiden.
-----------------------------	-------------------------------	--

Ich bin damit einverstanden, dass wir mit anderen Lehrern sprechen bzw. Auskünfte einholen.

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ich möchte erst später darüber entscheiden.
-----------------------------	-------------------------------	--

Ich bin damit einverstanden, dass wir Testunterlagen und Auskünfte bei anderen Beratungsdiensten einholen.

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ich möchte erst später darüber entscheiden.
-----------------------------	-------------------------------	--

Ich bin damit einverstanden, dass wir mit dem Lehrer bzw. mit einer anderen Beratungsstelle über Ihr Kind und über die Untersuchungsergebnisse sprechen.

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ich möchte erst später darüber entscheiden.
-----------------------------	-------------------------------	--

---

Datum, Ort und Unterschrift der Erziehungsberechtigten