

Anmeldebogen Grundschule

Für eine umfassende Beratung bitte ich um folgende Angaben. Diese sind **vertraulich!**

Allgemeine Angaben		
Familiename	Vorname	Geburtsdatum
Straße / Hausnummer		
PLZ / Wohnort / Telefon mit Vorwahl / eMail		
Schule:	Klasse	Klassenlehrer/in

Fragen zur Beratung				
Warum wird eine Beratung gewünscht? (nähere Angaben darüber, welche Fragen die Beratung klären soll – stichwortartig)				
Von wem wurde die Beratung angeregt?				
eigene Initiative <input type="checkbox"/>	Lehrer/ Erzieher <input type="checkbox"/>	Andere Beratungsstelle <input type="checkbox"/>	Bekannte/Freunde <input type="checkbox"/>	Sonstige <input type="checkbox"/>
Haben Sie schon früher einmal das Beratungsangebot einer anderen Stelle in Schul- oder Erziehungsfragen angenommen?				
Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Wenn ja, bei welcher Stelle? Wann war diese Beratung?		

Familiensituation 1				
Vater	Vorname	Alter	erlernter Beruf	ausgeübter Beruf
Mutter	Vorname	Alter	erlernter Beruf	Ausgeübter Beruf
Geschwister	Vorname	Alter	Beruf / Schule (Klasse) / Kindergarten	

Familiensituation 2			
Eltern leben zusammen <input type="checkbox"/>	verheiratet <input type="checkbox"/>	nicht verheiratet <input type="checkbox"/>	Sonstiges
Eltern leben getrennt <input type="checkbox"/>	geschieden <input type="checkbox"/>	nicht geschieden <input type="checkbox"/>	Sorgerecht: <input type="checkbox"/> gemeinsames Sorgerecht <input type="checkbox"/> Sorgerecht bei der Mutter <input type="checkbox"/> Sorgerecht beim Vater

Freizeitverhalten / Freunde			
Womit beschäftigt sich Ihr Kind am liebsten in der Freizeit?			
Mit welchen anderen Kindern kommt Ihr Kind in seiner Freizeit zusammen?			
mit Nachbarskindern	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig
mit Freunden aus der Schule	<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

Hat Ihr Kind körperliche Einschränkungen beim				
<input type="checkbox"/> Sehen	<input type="checkbox"/> Hören	<input type="checkbox"/> Sprechen	<input type="checkbox"/> Bewegen	<input type="checkbox"/> Sonstige
Versäumte Ihr Kind in den letzten zwei Jahren wegen Krankheit die Schule?				
<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> oft	

Anlass der Beratung

Bitte beschreiben Sie kurz die Problematik, die bei Ihrem Kind besteht.

Testeinverständnis

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

ja nein

Weitere Einverständniserklärungen

Für die Beratung ist es wichtig, auch die Beobachtungen der Lehrer / Erzieher zu berücksichtigen. Ich möchte dies aber nur mit Ihrem Einverständnis tun.

Sind Sie damit einverstanden, dass ich mit Lehrern / Erziehern über Ihr Kind spreche bzw. Testunterlagen und Auskünfte bei anderen Beratungsstellen einhole?

ja nein Ich möchte erst später darüber entscheiden

Sind Sie damit einverstanden, dass ich mit Lehrern / Erziehern bzw. mit einer anderen Beratungsstelle über Ihr Kind und die Untersuchung spreche?

ja nein Ich möchte erst später darüber entscheiden

Datum: _____ Unterschrift: _____

Ich bedanke mich für Ihre Angaben.