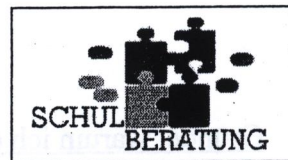


Beratungslehrkraft: Anke Schill, BLin

Tel: 09195/94 32-460

Fax: 09195/94 32-260



Anmeldung einer Schulberatung

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Straße:	Ort:	Tel. priv.: Tel. gesch.:
Erz.ber. Vater:	Erz.ber. Mutter:	sonst. Erz.ber.:
Schule:	Klasse:	Lehrkraft:
Zurückstellung: ja/nein	Wiederholung: Klasse	

Einverständniserklärung

- Ich bin damit einverstanden, dass die zuständige Beratungslehrkraft, meine/n Tochter/Sohn _____, im Rahmen ihrer Schulberatungstätigkeit diagnostisch überprüft.
- Ich bin einverstanden, dass die zuständige Beratungslehrkraft, im Rahmen ihrer Schulberatungstätigkeit über meine/n Tochter/Sohn _____ Informationen einholt und dazu entbinde ich Frau/Herrn _____ von der Schweigepflicht.
- Ich bin einverstanden, dass Testunterlagen, die meine/n Tochter/Sohn betreffen, im Bedarfsfall an andere schulische Beratungsdienste weitergegeben werden dürfen, wenn diese mit der weiteren Betreuung beauftragt werden, um meinem Kind gleiche Testungen zu ersparen.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Testergebnisse mit der Klassenleitung besprochen werden dürfen, um die Erstellung eines Hilfeplanes zu erleichtern.
- Ich wünsche keine Hilfe und Unterstützung durch die Beratungslehrkraft.

Ort, Datum

Unterschrift

- der Mutter
 des Vaters
 des Erz.ber.

Bitte Rückseite ausfüllen!

