

## ANMELDEBOGEN ZUR BERATUNG

---

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt

	Schüler	Mutter	Vater
Familienname			
Vorname			
Geburtsdatum			
Konfession			
Muttersprache			
Adresse			
Festnetz Mobil			
E-Mail			
Beruf			
Familienstand			

Klasse: \_\_\_\_\_

Schule: \_\_\_\_\_

Klassenlehrer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Besonderheiten der Schullaufbahn:  
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Vorzeitige Einschulung
- Zurückstellung
- Schulwechsel
- Wiederholen der Klasse
- Klasse überspringen

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

---

---

---

---



Kontakte in der Freizeit mit

Nachbarn	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig
Klassenkameraden	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig
Vereinskameraden	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig
Freunden	<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 liegen vor beim

<input type="checkbox"/> Sehen	<input type="checkbox"/> Hören	<input type="checkbox"/> Sprechen	<input type="checkbox"/> Bewegen	<input type="checkbox"/> Sonstige:
--------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	------------------------------------

Diese Einschränkungen wurden überprüft am: \_\_\_\_\_

Versäumter Unterricht in den letzten Jahren wegen Krankheit

<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 Frau Braun mit anderen Lehrern/Klassenlehrer spricht bzw. Auskünfte einholt.

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

Ich bin damit einverstanden, dass Frau Braun mit dem Lehrer/Klassenlehrer über die Testergebnisse spricht.

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

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Ich bedanke mich für Ihre Angaben und hoffe auf eine gute Zusammenarbeit. Bitte geben Sie diesen Bogen aus datenschutzrechtlichen Gründen im verschlossenen Umschlag zurück oder senden Sie ihn direkt an folgende Adresse:

Grundschule Biberach  
z.Hd. Frau Katharina Braun  
Bibersteige 9  
74078 Heilbronn-Biberach