Schuljahr: _____

Beratungslehrkraft: _____

Anmeldung zur Schulberatung

Personalien des Schülers:

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Straße:	Ort:	Tel. priv: gesch.: e-Mail:
Erz.ber. Vater:	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 Sohn/Tochter 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 bitte um ein beratendes Gespräch zwischen meiner/m Tochter/Sohn _____ _____ und der zuständigen Beratungslehrkraft.

☐ Ich wünsche keine Hilfe und Unterstützung durch die Beratungslehrkraft.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift ○ der Mutter
○ des Vaters
○ des Erz. ber.