



## Anmeldebogen (Grundschule)

Für eine umfassende Beratung bitte ich um folgende Angaben, die ich natürlich vertraulich behandeln werde!

Anmeldebogen Grundschule (Klassen 1 – 4)		
Familienname,	Vorname (Schüler/in)	Geburtsdatum (Schüler/in)
Straße / Hausnummer		Telefon mit Vorwahl
PLZ / Wohnort		E-Mail-Adresse/Handy/Fax/...
Aktuelle Schule: Name, Ort	Klasse	Klassenlehrer/in
<b>Besonderheiten der Schullaufbahn (Zutreffendes bitte ankreuzen)</b>		
Vorzeitige Einschulung <input type="checkbox"/>	Zurückstellung <input type="checkbox"/>	Schulwechsel <input type="checkbox"/>
Wiederholt in Klasse:		
<b>Schreiben Sie bitte in wenigen Worten auf , warum Sie eine Beratung wünschen:</b>		
<b>Von wem wurde die Beratung angeregt?</b>		
<input type="checkbox"/> eigener Wunsch	<input type="checkbox"/> Lehrer	<input type="checkbox"/> Bekannte <input type="checkbox"/> Sonstige
<b>Haben Sie früher einmal das Beratungsangebot einer anderen Stelle in Schul- und Erziehungsfragen angenommen?</b>		
Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		
Wenn ja, notieren sie bitte Beratungsstelle, Zeitpunkt, Beratungsgrund, evtl. durchgeführte Tests		



<b>An welchen Fördermaßnahmen hat ihr Kind teilgenommen?</b>	
Förderkurs in der Schule	Fach
Nachhilfe durch ?	Fach
Sonstige	
Welche Fächer hat ihr Kind am liebsten?	

<b>Gesundheitszustand des Kindes?</b>
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 den Unterricht? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> oft, wegen:

<b>Familiensituation</b>			
<b>Eltern</b>			
<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> zusammenlebend <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet			
Vater (Name, Vorname)	Alter		
( <input type="checkbox"/> leiblich <input type="checkbox"/> Stiefvater)		Erlerner Beruf	Ausgeübte Tätigkeit
Mutter (Name, Vorname)			
( <input type="checkbox"/> leiblich <input type="checkbox"/> Stiefmutter)		Erlerner Beruf	Ausgeübte Tätigkeit
Geschwister (Name, Vorname)			
( <input type="checkbox"/> Halbgeschwister <input type="checkbox"/> Stiefgeschwister)		Schulart / Abschluss	ggf. Beruf
( <input type="checkbox"/> Halbgeschwister <input type="checkbox"/> Stiefgeschwister)			
( <input type="checkbox"/> Halbgeschwister <input type="checkbox"/> Stiefgeschwister)			
( <input type="checkbox"/> Halbgeschwister <input type="checkbox"/> Stiefgeschwister)			
Wer lebt noch im Haushalt?			

Ich bin damit einverstanden, dass mein <b>Lebenspartner</b> Name _____ Informationen (keine Entscheidungsbefugnis) über die Beratung erhalten darf. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
---

<b>Information zum Sorgerecht im Falle von getrennt lebenden Eltern.</b> <input type="checkbox"/> Ich habe alleiniges Sorgerecht. <input type="checkbox"/> Ich habe gemeinsames Sorgerecht mit Name _____.
--



**- Erziehungsberechtigte unbedingt auszufüllen -**

**Einverständniserklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der Beratung Gespräche mit meinem Kind (Name \_\_\_\_\_) durchgeführt werden.

ja                       nein

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

ja                       nein

Für die Beratung ist es wichtig, auch die Beobachtungen der Lehrer zu berücksichtigen. Ich will dies aber nur mit Ihrer Zustimmung tun. Sind Sie damit einverstanden, dass ich mit den Lehrern spreche?

ja                       nein                       Ich möchte erst später darüber entscheiden

Für die Beratung ist es wichtig, dass vorliegende Beobachtungen und Testergebnisse bereits besuchter Beratungsstellen / Ärzte berücksichtigt werden. Sind sie damit einverstanden, dass ich die Unterlagen von:

(Name + Tel)

Arzt: \_\_\_\_\_

Erziehungsberatungsstelle: \_\_\_\_\_

Beratungslehrer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

anfordere oder persönlich Kontakt aufnehmen darf?

Ja                       Nein

**Datum:**

**Unterschrift des Erziehungsberechtigten:**

**Einverständniserklärung des zweiten Sorgeberechtigten**

(nur im Falle von getrennt lebenden Eltern mit gemeinsamen Sorgerecht)

Datum:

Unterschrift:

Bitte zurücksenden an:

Beratungslehrerin Sonja Burkert

Einsteinstraße 28

74 626 Bretzfeld

Fax. 07946/3915

E-Mail: sonja.burkert@bzbretzfeld.de

oder

Bildungszentrum Niedernhall

Brückenwiesenweg 8-10

74 676 Niedernhall

Fax. 07940/98298-0

**Ich bedanke mich für Ihre Angaben und hoffe auf eine gute Zusammenarbeit.**