

## Anmeldebogen

Familienname, Vorname des Schülers / der Schülerin	Geburtsdatum
_____ _____ _____	_____ _____
Straße, Hausnummer	Telefon mit Vorwahl
_____ _____	_____ _____
PLZ, Wohnort	
_____ _____	

aktuelle <b>Schule</b>	Klasse	KlassenlehrerIn
▶ _____	▶ _____	▶ _____
bisher besuchte Schulen	Klasse	Wiederholt in Klasse
▶ _____	▶ _____	▶ _____
▶ _____	▶ _____	▶ _____
<input type="checkbox"/> vorzeitige Einschulung <input type="checkbox"/> Zurückstellung		

Schreiben Sie bitte in wenigen Worten, warum Sie eine Beratung wünschen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Von wem wurde die Beratung angeregt?

eigene Idee       LehrerIn       andere Beratungsstelle  
 Bekannte       BeratungslehrerIn       Andere: \_\_\_\_\_

Haben Sie schon früher einmal in Schul- oder Erziehungsfragen eine Beratungsstelle aufgesucht?

ja       nein      Wenn ja, Name der Beratungsstelle, Zeitpunkt und Grund der Beratung:

▶ \_\_\_\_\_

**Schulnoten** des letzten Zeugnisses bzw. Halbjahresinformation?

Verhalten:	Deutsch:	Erdkunde:	Biologie:	Mensch – Natur – Technik:
Mitarbeit:	Geschichte:	Mathematik:	Musik:	Bildende Kunst / Werken:
Religion:	Englisch:	Französisch:	Sport:	_____:

Teilnahme an AG: \_\_\_\_\_

An welchen **Fördermaßnahmen** nahm / nimmt Ihr Kind teil?

Förderkurs in der Schule; Fach: \_\_\_\_\_

Private Nachhilfe; Fach: \_\_\_\_\_ Durch wen? \_\_\_\_\_

Welche Fächer hat Ihr Kind am liebsten?

▶ \_\_\_\_\_

Wie lange braucht Ihr Kind im Allgemeinen für seine täglichen **Hausaufgaben**?

bis zu ½ Stunde       bis zu 1 Stunde       bis zu 1½ Stunden       bis zu 2 Stunden oder mehr

Wie ist die Hausaufgabensituation?

Kind macht Hausaufgaben weitgehend allein

Kind erhält Hilfe durch: \_\_\_\_\_ In welcher Weise wird geholfen?  
 \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind körperliche **Einschränkungen** beim

Sehen       Hören       Sprechen       Bewegen       Sonstige: \_\_\_\_\_

Versäumte Ihr Kind in den letzten zwei Jahren wegen **Krankheit** den Unterricht?

nie       selten       gelegentlich       oft

Mit welchen andern Kindern kommt Ihr Kind in der **Freizeit** zusammen?

mit Nachbarskindern:       nie       gelegentlich       häufig

mit Klassenkameraden:       nie       gelegentlich       häufig

mit Vereinskameraden:       nie       gelegentlich       häufig

in Jugendgruppen:       nie       gelegentlich       häufig

Sonstige: \_\_\_\_\_  gelegentlich       häufig

**Familiensituation**

Mutter: Name, Vorname	Alter	Beruf
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vater: Name, Vorname	Alter	Beruf
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschwister: Name, Vorname	Alter	Schule/Klasse oder Beruf
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Alter	Schule/Klasse oder Beruf
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Alter	Schule/Klasse oder Beruf
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Einverständniserklärung**

Sind Sie damit einverstanden, dass die im Rahmen der Beratung erforderlichen Tests durchgeführt werden?

ja       nein       unentschieden

Für die Beratung wäre es wichtig, auch die Beobachtungen des Lehrers / der Lehrerin und anderer Personen zu berücksichtigen. Wir wollen dies aber nur mit Ihrer Zustimmung tun. Sind Sie damit einverstanden, dass wir mit dem Lehrer / der Lehrerin sprechen bzw. Testunterlagen und Auskünfte bei anderen Beratungsdiensten einholen?

ja       nein       Ich möchte erst später darüber entscheiden.

Sind Sie damit einverstanden, dass wir mit dem Lehrer / der Lehrerin bzw. mit anderen Beratungsstellen über die Untersuchungsergebnisse sprechen?

ja       nein       Ich möchte erst später darüber entscheiden.

Ort, Datum      Unterschrift

\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Angaben!