

Anmeldung zur Beratung

Familiennamen	Vorname Schüler	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer	Vorname Mutter / Vater	Festnetznummer
PLZ, Wohnort	E-Mail-Adresse	Mobilnummer

Schule:

Klasse:

Klassenlehrer:

bisher besuchte Schulen:

Besonderheiten der Schullaufbahn:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

vorzeitige Einschulung:

Zurückstellung:

Schulwechsel:

Wiederholen in Klasse:

Klasse überspringen:

Von wem wurde die Beratung angeregt: _____

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

Haben Sie sich schon früher einmal in Schulfragen bei einer anderen Stelle beraten lassen?

Nein Ja Wenn ja, bei welcher Stelle?

Wann war diese Beratung? _____

Welche Fördermaßnahmen wurden/werden in Anspruch genommen:

Schulnoten des letzten Zeugnisses bzw. Halbjahresinformation:

Verhalten		Englisch		Französisch		Informatik	
Mitarbeit		Gemeinschaftskunde		Musik		Biologie	
Religion		Geographie		BK		Chemie	
Deutsch		BNT		Technik		Physik	
Mathematik		NWA		AES/MUM		WBS	

Lieblingsfächer: _____

Wie lange braucht Ihr Kind im Allgemeinen für die täglichen Hausaufgaben:

<input type="checkbox"/>	bis zu ½ Stunde	<input type="checkbox"/>	bis zu 1 Stunde	<input type="checkbox"/>	bis zu 1 ½ Stunden	<input type="checkbox"/>	bis 2 Std. und mehr
--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	---------------------

In welcher Weise wird bei den Hausaufgaben geholfen:

<input type="checkbox"/>	kontrollieren der fertigen Hausaufgaben – von wem:
<input type="checkbox"/>	abfragen – von wem:
<input type="checkbox"/>	zusätzliche Übungen – welche:
<input type="checkbox"/>	Hausaufgaben werden selbstständig und ohne Hilfe erledigt.

Welcher Schulabschluss wird angestrebt:

Sind berufliche Wünsche/Vorstellungen vorhanden:

Womit beschäftigt sich Ihr Kind am liebsten:

<input type="checkbox"/>	sportliche Aktivitäten:	<input type="checkbox"/>	mediale Aktivitäten:	<input type="checkbox"/>	kreativ/musische/ kulturelle Aktivitäten:	<input type="checkbox"/>	soziale/politische Aktivitäten:
--------------------------	-------------------------	--------------------------	----------------------	--------------------------	---	--------------------------	---------------------------------

Kontakte in der Freizeit:

mit Nachbarn	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig
mit Klassenkameraden	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig
mit Vereinskameraden	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig
in Jugendgruppen	<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

Familiensituation (Vater, Mutter, Geschwister)

Name	Vorname	sorgeberechtigt	Alter	erlernter Beruf	ausgeübter Beruf

Körperliche Einschränkungen beim:

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

Haben Sie das Hören und Sehen ärztlich untersuchen lassen? (Bitte im Vorfeld abklären)

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
-----------------------------	-------------------------------	--

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
------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	------------------------------

Einverständniserklärung (kann auch gerne beim Erstgespräch ausgefüllt werden)

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.
-----------------------------	-------------------------------	--

Für eine erfolgsversprechende Beratung ist es oft wichtig, die Beobachtungen des Lehrers zu berücksichtigen. Dies darf die Beratungslehrkraft nur mit Ihrer Zustimmung tun. Ich bin damit einverstanden, dass Frau Diehl mit den Lehrern sprechen bzw. Auskünfte einholen darf.

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

Ich bin damit einverstanden, dass Frau Diehl Testunterlagen und Auskünfte bei anderen Beratungsdiensten/Ärzten einholen darf.

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

Datum, Ort und Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Vielen Dank für Ihre Angaben! Bitte senden Sie den Anmeldebogen entweder per Post zu meinen Händen oder per Mail an mich zurück. Ich melde mich bei Ihnen sobald ein Platz für Sie frei ist.

Herzliche Grüße

Monika Diehl • Schlossbergschule Auenstein • Schulstraße 35 • 74360 Ilsfeld •

07062/61086 • frau_diehl@gmx.de