



Michaela Kral
Lehenbachschule
Schulstr. 1, 73650 Winterbach
☎ 07181/7006-5000 (Schr.) Mail : michaela.kral@zsl-rsgd.de

Anmeldebogen

Für eine umfassende Beratung bitte ich um folgende Angaben, die ich *vertraulich* behandeln werde.

Familienname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Vorname des Kindes	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	<input type="text"/>		
PLZ, Wohnort	<input type="text"/>		
Telefonnummern (Mutter, Vater, mobil, privat, geschäftlich)	<input type="text"/>		
Email-Adresse	<input type="text"/>		

Bitte beschreiben Sie, warum Sie eine Beratung wünschen:

Von wem wurde die Beratung angeregt?

<input type="checkbox"/> Eigene Initiative	<input type="checkbox"/> Lehrkraft	<input type="checkbox"/> Bekannte/Freunde
<input type="checkbox"/> Sonstige:	<input type="text"/>	

Schule

Name und Ort der Schule:	<input type="text"/>	
Klasse:	<input type="text"/>	Klassenlehrer*in: <input type="text"/>

Bisher besuchte Schulen (von Klasse / bis Klasse)

Besonderheiten Vorzeitige Einschulung Überspringen von Klasse Zurückstellung der Einschulung Wiederholung von Klasse**Ist oder war der/die Schüler*in spezifischer Behandlung oder nimmt Beratung in Anspruch?****(Bitte ggf. Kopien der Unterlagen beilegen)****Behandlung: z.B. medizinisch, ergotherapeutisch, psychotherapeutisch, logopädisch****Beratung: z.B. Beratungsstelle für Familien, Kinder und Jugendliche, SPZ**

Wo?

Was wurde unternommen
(Testung/Behandlung/Training)
?Welche Auffälligkeiten wurden
festgestellt?**An welchen Fördermaßnahmen hat der/die Schüler*in bereits teilgenommen bzw. nimmt er/sie aktuell teil?****Hat der/die Schüler*in körperliche Einschränkungen beim ...?** Sehen Hören Bewegen Sprechen andere**Wie oft versäumte der/die Schüler*in in den letzten zwei Jahren wegen Krankheit den Unterricht?** nie selten gelegentlich häufig**Welches sind die Lieblingsfächer der/des Schüler/s*in?****Hat der/die Schüler*in besondere Schwierigkeiten in einzelnen Fächern? Welche sind das?****Schulnoten des letzten Zeugnisses bzw. Halbjahresinformation (Bitte Zeugniskopie beilegen)**

Verhalten	<input type="text"/>	Englisch	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mitarbeit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Deutsch	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mathematik	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teilnahme AG	<input type="text"/>				

Wie viel Zeit wird für die täglichen Hausaufgaben verwendet?

bis zu 1 Stunde bis zu 1 ½ Stunden bis zu 2 Stunden mehr als 2 Stunden

Der/die Schüler*in erledigt die Hausaufgaben selbstständig und ohne Hilfe?

ja nein

Anmerkungen:

--	--

Familiensituation

	Nachname	Vorname	Alter	Beruf/Schule (Klasse)
Vater	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Mutter	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Geschwister	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>

Sonstiges, z.B. Trennung der Eltern (Datum), neue Lebenspartner der Eltern, abweichende Adressen, genaue Beschreibung besonderer Lebensumstände des/der Schüler*in.

--	--

Womit beschäftigt sich der/die Schüler*in am liebsten? (Hobbies, Sport, Musik, Medien, ...)

--	--

Mit wem kommt der/die Schüler*in der Freizeit zusammen?

Mit Nachbarskindern	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig
Mit Klassenkamerad*innen	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig
Mit Vereinskamerad*innen / Kindern in Jugendgruppen	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig
Sonstige: <input style="width: 300px;" type="text"/>		<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig

Einverständniserklärung

Von wem geht der Wunsch nach Beratung aus?

<input type="checkbox"/> Kind	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Lehrer
<input type="checkbox"/> andere: <input type="text"/>			

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

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

Für ein optimales Ergebnis der Beratung ist der Kontakt zur Schule wichtig. Daher ist es hilfreich, wenn Sie mir Ihr Einverständnis zur Kontaktaufnahme mit der Schule geben.

Sind Sie damit einverstanden, dass ich von der Schule Auskünfte über Ihr Kind einhole?

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

Sind Sie damit einverstanden, dass ich der Lehrkraft Auskünfte und Untersuchungsergebnisse bzgl. Ihres Kindes weitergebe?

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

Dieser Bogen wurde ausgefüllt von...

<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Schüler*in	<input type="checkbox"/> Andere: <input type="text"/>
---------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------	---

Die unterzeichnenden Personen versichern für das Kind sorgeberechtigt zu sein. Unterzeichnet nur eine Person versichert dies entweder allein sorgeberechtigt zu sein oder in Vollmacht für den oder die anderen Sorgeberechtigten zu handeln:

Ort, Datum:

Unterschrift Mutter:

Unterschrift Vater:

Unterschrift Schüler*in (falls volljährig):

Unterschrift andere Sorgeberechtigte:

* * * * *

Bitte senden Sie den Anmeldebogen, die Informationen zur Datenerhebung sowie –verarbeitung gemäß EU-DSGVO, die Einwilligung zum Austausch von Informationen bzw. zur Kommunikation über elektronische Mail und gegebenenfalls weitere Unterlagen (Zeugnisse, Befundberichte, etc.) als Fax oder auf dem Postweg an mich zurück. Ich werde mich dann so bald wie möglich bei Ihnen melden.

Vertrauliche Daten: Damit Ihre Post nicht geöffnet wird, bitte unbedingt den Vermerk „Persönlich“ groß auf den Umschlag schreiben

Ich bedanke mich für Ihre Angaben und hoffe auf eine gute Zusammenarbeit.
Ihre Beratungslehrerin Michaela Kral

**Informationen zur Datenerhebung sowie –verarbeitung gemäß EU-DSGVO
im Rahmen der Beratung**

Im Rahmen der Beratung durch die Beratungslehrerin Michaela Kral personenbezogene Daten erhoben und gespeichert. Die Datenerhebung erfolgt zum Zweck der Durchführung einer Beratung. Aufgrund rechtlicher Vorgaben bin ich dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Beratung aufzubewahren.

Eine Weitergabe der Daten an Dritte findet nicht statt.

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten einfordern.

Hiermit bestätige ich,

Vater:

Familienname	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>

Mutter:

Familienname	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>

Andere (Sorgeberechtigte):

Familienname	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>

Schüler*in (falls bereits 14 Jahre alt):

Familienname	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>

dass ich von Seiten der Beratungslehrerin Frau Kral darüber informiert wurde, dass meine personenbezogenen Daten im Rahmen der Beratung erhoben und gespeichert werden.

Ich stimme im Rahmen der Beratung durch die Beratungslehrerin Frau Kral einer Speicherung meiner personenbezogenen Daten zu.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum:

Unterschrift Mutter:

Unterschrift Vater:

Unterschrift andere (Sorgeberechtigte):

Unterschrift Schüler*in (falls bereits 14 Jahre alt):

**Einwilligung zum Austausch von Informationen bzw. zur Kommunikation über elektronische Mail
im Rahmen der Beratung**

Im Rahmen der Beratung durch mich (Frau Michaela Kral) als Beratungslehrerin nehme ich Kontakt zu Ihnen auf. Terminvereinbarungen treffe ich in der Regel telefonisch oder per Mail. Neben den Beratungsterminen bei mir vor Ort kann es hilfreich sein, auch per Telefon oder E-Mail in Kontakt zu treten, um den Beratungsbedarf zu klären, Rückfragen zu aktuellen Entwicklungen zu stellen oder sich über die nächsten Schritte auszutauschen. Bitte beachten Sie, dass die E-Mail-Kommunikation nicht verschlüsselt ist und ich daher in der Kommunikation via E-Mail keine Vertraulichkeit garantieren kann. Wenn Sie sicher gehen wollen, dass Ihre Nachricht vertraulich übermittelt wird, empfehle ich Ihnen den Postweg.

Hiermit bestätige ich,

Vater:

Familienname	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>

Mutter:

Familienname	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>

Andere (Sorgeberechtigte):

Familienname	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>

Schüler*in (falls bereits 14 Jahre alt):

Familienname	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>

dass ich auf mögliche Gefahren durch den Austausch personenbezogener Daten mittels elektronischer Mail hingewiesen wurde. Des Weiteren bin ich mir darüber im Klaren, dass ich für von mir versandte Daten die alleinige Verantwortung trage.

Ich stimme im Rahmen der Beratung Folgendem zu:

der Nutzung von E-Mail für Terminabsprachen und zur Korrespondenz

ja nein

der telefonischen Kontaktaufnahme und Korrespondenz

ja nein

dem Versand von personenbezogenen Daten wie Zeugnissen, Berichten, o.ä.

ja nein

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum:	<input type="text"/>
Unterschrift Mutter:	<input type="text"/>
Unterschrift Vater:	<input type="text"/>
Unterschrift andere (Sorgeberechtigte):	<input type="text"/>
Unterschrift Schüler*in (falls bereits 14 Jahre alt):	<input type="text"/>