Beratungslehrerin *Julia Weil*

Oscar-Paret-Schule

Marktplatz 3

71691 Freiberg am Neckar

Tel: 07141 - 278200  
Fax 07141 - 278218

Mail: weil@ops.lb.bw.schule.de

**ANMELDEBOGEN ZUR BERATUNG**

**Ihre Angaben werden vertraulich behandelt**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Familienname | Vorname Schüler | Geburtsdatum |
| Straße und Hausnummer | Vorname Mutter / Vater | Telefon |
| PLZ, Wohnort | E-Mail | Mobiltelefon |

Klasse: Schule:

Klassenlehrer:

Besonderheiten der Schullaufbahn: vorzeitige Einschulung

(Zutreffendes bitte ankreuzen) Zurückstellung

Schulwechsel

wiederholen in Klasse:

Klasse überspringen:

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

Von wem wurde die Beratung angeregt?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| eigener Wunsch | Lehrer | andere Beratungsstelle | Bekannte | Sonstige |

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 nehmen Sie in Anspruch / haben sie in Anspruch genommen?

Schulnoten des letzten Zeugnisses bzw. der Halbjahresinformation

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fach** | **Note** | **Fach** | **Note** | **Fach** | **Note** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Derzeitige Schulnoten

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fach** | **Note** | **Fach** | **Note** | **Fach** | **Note** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Lieblingsfächer

Familiensituation (Vater, Mutter, Geschwister)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Name | Vorname | Alter | Beruf |
| Vater |  |  |  |  |
| Mutter |  |  |  |  |
| Geschwister |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Freizeitaktivitäten

Kontakte in der Freizeit

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Mit Nachbarn | nie | gelegentlich | häufig |
| Mit Klassenkameraden | nie | gelegentlich | häufig |
| Mit Vereinskameraden | nie | gelegentlich | häufig |
| In Jugendgruppen | nie | gelegentlich | häufig |
| Sonstige: | nie | gelegentlich | häufig |

Es liegen körperliche Einschränkungen vor beim

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Sehen | Hören | Sprechen | Bewegen | sonstige: |

In den letzten zwei Jahren wegen Krankheit Versäumter Unterricht

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| nie | selten | gelegentlich | oft |

**Einverständniserklärung**

Zutreffendes bitte ankreuzen:

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ja | nein | Ich möchte erst später darüber  entscheiden. |

Ich bin damit einverstanden, dass die Beratungslehrerin (BL) mit den Lehrern spricht bzw. Auskünfte einholt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ja | nein | Ich möchte erst später darüber  entscheiden. |

Ich bin damit einverstanden, dass die BL Testunterlagen und Auskünfte bei anderen Beratungsdiensten einholt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ja | nein | Ich möchte erst später darüber  entscheiden. |

Ich bin damit einverstanden, dass die BL mit dem Lehrer bzw. mit einer anderen Beratungsstelle über Ihr Kind und über die Untersuchungsergebnisse spricht.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ja | nein | Ich möchte erst später darüber  entscheiden. |

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

Datum, Ort, Unterschrift der Erziehungsberechtigten