

**Anmeldung zur Beratung von Seiten der Erziehungsberechtigten**

Gabriele Lutz, Beratungsrektorin  
GS/ MS Poppenhausen  
Tel: 09725 6488; Fax: 4815

Hiermit melde ich mein Kind zur Schulberatung an. Mit der Durchführung psychologischer Testverfahren bin ich einverstanden. Außerdem gebe ich mein Einverständnis dahingehend, dass die Beratungslehrkraft gegenüber der Klassen- und Schulleitung Auskünfte über Tatsachen erteilt, so weit sie erforderlich sind, um die Wirksamkeit der zu leistenden Hilfe herbeizuführen oder aufrecht zu erhalten.

**Angaben zum Kind:**

Name des Kindes: : \_\_\_\_\_ Geb. am: \_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_ Schule: \_\_\_\_\_

Name der Erziehungsber.: \_\_\_\_\_

Telefon/Erziehungsber. : \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Aus welchen Gründen wünschen Sie eine Beratung und Diagnostik für ihr Kind?**

---

---

**Was muss ich als Beratungslehrkraft wissen, damit ich die momentane Situation besser verstehe?**  
(Ohren/Augenoperation; Ergotherapie, Sprachverzögerung, motorische Einschränkungen, momentane Wissenslücken durch Umzug, Trennung.....; Klassenklima; Freizeitverhalten, Arbeits- und Lernverhalten..)

---

---

---

---

**Welche Ziele verbinden Sie mit der Beratung?**

---

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift