

# Staatliches Schulamt im Landkreis Eichstätt

## Schulpsychologische Beratung

Christine Schick  
Stadtweg 2-4  
85092 Kösching  
Tel.: 08456/967912  
christine.schick@schulamt-eichstaett.de



### **Anmeldung zur Schulberatung** (auszufüllen von den Erziehungsberechtigten)

#### **Personalien des Schülers:**

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Straße:	Ort:	Tel. privat: geschäftlich:
Erziehungsberechtigte: Vater:	Mutter:	sonstige Erziehungsberechtigte:
Schule:	Wiederholung: Klasse	Zurückstellung: ja/nein

### **Einverständniserklärung**

- Ich bin damit einverstanden, dass bei meinem Sohn/meiner Tochter im Rahmen einer pädagogisch-psychologischen Untersuchung auch Testverfahren angewendet werden.
- Ich bin damit einverstanden, dass Frau Christine Schick im Rahmen ihrer schulpsychologischen Tätigkeit über meinen Sohn/meine Tochter Informationen einholt. Dazu entbinde ich die Lehrkraft \_\_\_\_\_ (Klassenleitung), Frau Sonnauer (Rektorin) und Frau Hampe (Beratungslehrerin) von der Schweigepflicht.
- Ich bin damit einverstanden, dass Testunterlagen, die meinen Sohn/meine Tochter betreffen, im Bedarfsfall an andere schulische Beratungsdienste weitergegeben werden dürfen, wenn diese mit der weiteren Betreuung beauftragt werden, um meinem Kind gleiche Testungen zu ersparen.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Testergebnisse mit der Klassenleitung besprochen werden dürfen, um evtl. die Erstellung eines Hilfeplanes zu erleichtern.

---

Vater \_\_\_\_\_

Mutter \_\_\_\_\_

Unterschrift  der Mutter  
(Vater **UND** Mutter)  des Vaters  
 des Erziehungsber.

Ort, Datum

---

**Bitte Rückseite ausfüllen!**

**Beratungsanlass:**

---

---

---

---

---

---

---