

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:
