

Anmeldung zur Schulberatung

Name: Vorname:

Geburts-
datum: Tel./ Mobil:

Straße:

PLZ und
Ort:

Erz.ber.
Mutter: Erz.ber. Vater:

Schule:

Klasse: Klassenlehrer/in:

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

- Ich bin damit einverstanden, dass die zuständige Beratungslehrkraft, meine/n Sohn/Tochter im Rahmen ihrer Schulberatungstätigkeit diagnostisch überprüft.
- Ich bin einverstanden, dass die zuständige Beratungslehrkraft, im Rahmen ihrer Schulberatungstätigkeit über meine/n Tochter/Sohn Informationen bei den Beteiligten einholt.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Testergebnisse mit der Klassenleitung besprochen werden dürfen, um die Erstellung eines Hilfeplanes zu erleichtern.

Ort, Datum

Unterschrift Der Mutter
 Des Vaters
 Des Erz.ber.

Bitte Rückseite ausfüllen!

Grund der Beratung: _____

**ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT UND ZUSTIMMUNG ZUR
DATENÜBERMITTLUNG**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die zuständige Beratungslehrkraft im Interesse meine/r/s Tochter/Sohnes _____ (Name, Vorname) mit den Fachkräften folgender Stellen zusammenarbeiten und Informationen austauschen darf:

- vorhergehende Einrichtung _____
- Schulleitung _____
- Schulpsychologin _____
- Klassenlehrkraft _____
- JAS-Mitarbeiter _____
- ASA-Mitarbeiter _____
- _____
- _____

Die Einwilligung ist freiwillig. Aus der Nichterteilung oder de Widerruf der Einwilligung entstehen keine Nachteile. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Der Mutter
 Des Vaters
 Des Erz.ber.