



Baden-Württemberg

1

ZENTRUM FÜR SCHULQUALITÄT UND LEHRERBILDUNG (ZSL) • REGIONALSTELLE SCHWÄBISCH GMÜND
SCHULPSYCHOLOGISCHE BERATUNGSSTELLE HEILBRONN

Vera Scheithauer – Beratungslehrerin in Ausbildung

Kontakt: Vera.Scheithauer@zsl-rsgd.de

Anmeldebogen für Schülerinnen und Schüler

Familiennamen, Vorname (Schüler/in)		Geburtsdatum	
Adresse			
Telefon	Mobiltelefon	E-Mail / Fax / Sonstige	
aktuelle Schule , Ort		Klasse	Klassenlehrer/in
bisher besuchte Schulen		Klasse	wiederholt in Klasse
		-	
		-	
		-	

vorzeitige Einschulung

altersgerechte Einschulung

Zurückstellung

Schreiben Sie bitte in wenigen Worten, **warum** Sie eine **Beratung** wünschen:

Von wem wurde die Beratung **angeregt**?

eigener Wunsch

Lehrer

Beratungslehrer/in

Beratungsstelle

Bekannte

Sonstige

Haben Sie schon früher einmal in Schul- oder Erziehungsfragen eine Beratungsstelle aufgesucht?

Beratungsstelle, Zeitpunkt, Beratungsgrund, evtl. durchgeführte Tests:

ja

nein

Welche **Maßnahmen** wurden **bisher** durchgeführt? (z.B. Ergo-, Physio-, Psychotherapie, andere)

Hat Ihr Kind körperliche **Einschränkungen** beim:

Sehen Hören Sprechen Bewegen Sonstige:

Versäumte Ihr Kind in den letzten zwei Jahren wegen **Krankheit** den Unterricht?

nie selten gelegentlich oft, wegen:

An welchen **Fördermaßnahmen** nahm / nimmt Ihr Kind teil?

Förderunterricht Deutsch Förderunterricht Mathematik Förderunterricht bei Lese-Rechtschreibschwäche

private Nachhilfe im Fach:	bei wem / Einrichtung:

Welche **Fächer** hat Ihr Kind am liebsten?

Eltern verheiratet zusammenlebend getrennt

Mutter: Name, Vorname	erlernter Beruf	ausgeübte Tätigkeit (wenn abweichend)
<input type="checkbox"/> leibl. <input type="checkbox"/> Stiefmutter Alter:		<input type="checkbox"/> Vollzeit- <input type="checkbox"/> Teilzeit- <input type="checkbox"/> Schichtarbeit

Vater: Name, Vorname	erlernter Beruf	ausgeübte Tätigkeit (wenn abweichend)
<input type="checkbox"/> leibl. <input type="checkbox"/> Stiefvater Alter:		<input type="checkbox"/> Vollzeit- <input type="checkbox"/> Teilzeit- <input type="checkbox"/> Schichtarbeit

Geschwister

Vorname	Alter	Halb-	Stief-	Schule (Klasse) oder Beruf
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Wer lebt noch **im Haushalt**?

Benötigen Sie einen **barrierefreien Zugang** (z.B. Rollstuhl, Kinderwagen) Ja Nein

Ort und Datum

Unterschrift
des Erziehungsberechtigten

Name des Erziehungsberechtigten
in Druckbuchstaben



Vera Scheithauer – Beratungslehrerin in Ausbildung
Kontakt: Vera.Scheithauer@zsl-rsgd.de

Informationen zur Datenerhebung sowie -verarbeitung gemäß EU-DSGVO im Rahmen der Beratung

Im Rahmen der Beratung an der Schulpsychologischen Beratungsstelle Heilbronn werden personenbezogene Daten erhoben und gespeichert. Die Datenerhebung erfolgt zum Zweck der Durchführung einer Beratung. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Unterlagen mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Beratung aufzubewahren.

Die Datenerhebung und Datenverarbeitung ist Voraussetzung für die Durchführung der Beratung. Eine Weitergabe der Daten an Dritte findet nicht statt. Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten einfordern.

Hiermit bestätige ich, dass ich _____ (Name, Vorname) von Seiten der Schulpsychologischen Beratungsstelle darüber informiert wurde, dass meine personenbezogenen Daten im Rahmen der Beratung erhoben und gespeichert werden.

Ich stimme im Rahmen der Beratung bei der Schulpsychologischen Beratungsstelle einer Speicherung meiner personenbezogenen Daten zu.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Ort und Datum

Unterschrift
des Erziehungsberechtigten

Name des Erziehungsberechtigten
in Druckbuchstaben

Einwilligung zum Austausch von Informationen bzw. zur Kommunikation über elektronische Mail im Rahmen der Beratung

Hiermit bestätige ich _____ (Name, Vorname) dass ich durch dieses Schreiben der Schulpsychologischen Beratungsstelle Heilbronn auf mögliche Gefahren durch den Austausch personenbezogener Daten mittels elektronischer Mail hingewiesen wurde.

Des Weiteren bin ich mir darüber im Klaren, dass ich für von mir versandte Daten die alleinige Verantwortung trage.

Im Rahmen der Arbeit / Beratung mit der Schulpsychologischen Beratungsstelle Heilbronn darf meine E-Mail-Adresse für folgende Korrespondenzen genutzt werden:

- Terminvereinbarungen **ja** **nein**
- Rücksprachen bezüglich des aktuellen Beratungsbedarfs, der Befindlichkeit, der Entwicklungen und Rückmeldungen **ja** **nein**
- Versand von personenbezogenen Daten wie Zeugnisse, Gutachten, etc. **ja** **nein**

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Ort und Datum

Unterschrift
des Erziehungsberechtigten

Name des Erziehungsberechtigten
in Druckbuchstaben