

<b>Anmeldung (SEK I Kl. 5-10)</b>  <b>für eine Beratung durch die Beratungslehrkraft</b>	Ute Schnarrenberger Johann-Friedrich-Mayer-Schule Gartenstraße 22, 74635 Kupferzell  E-Mail: <a href="mailto:ute.schnarrenberger@zsl-rsgd.de">ute.schnarrenberger@zsl-rsgd.de</a> Tel.: 07944 - 941 900 (Sekretariat Fr. Götz) 
--	---

**Bitte vollständig ausfüllen! Die Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt!**

Vor- und Familienname des Kindes:	Geburtsdatum des Kindes:	
Straße, Hausnummer:	PLZ, Wohnort:	
Schule: (Name, PLZ, Ort)	Klasse:	Klassenlehrer:in:

Wie kann ich Sie erreichen?		
Telefon (vormittags):	Telefon (nachmittags/abends):	Bemerkungen:
E-Mail (bitte Druckbuchstaben):		

<p><b>Schreiben Sie bitte in wenigen Worten, warum Sie eine Beratung wünschen (Probleme, Auffälligkeiten,...):</b></p>          
--

Besonderheiten der Schullaufbahn (Zutreffendes bitte ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> vorzeitige Einschulung	<input type="checkbox"/> Wiederholung in Klasse:
<input type="checkbox"/> Zurückstellung	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
<input type="checkbox"/> Schulwechsel	

Kompetenzpunkte des letzten LEBs	Weitere Fächer (je nach Schulart)
Deutsch: _____	_____
Mathematik: _____	_____
Englisch: _____	_____

Hilfreiche Angaben zur Familiensituation (Name, Alter, Beruf / Schule)	
<b>Eltern</b>	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> zusammenlebend <input type="checkbox"/> getrennt
Mutter: _____	Vater: _____
Geschwister: _____	Weitere wichtige Familienmitglieder oder Bezugs-personen des Kindes: _____

Von wem wurde die Beratung angeregt?			
<input type="checkbox"/> eigene Idee	<input type="checkbox"/> Lehrer:in	<input type="checkbox"/> andere Beratungsstelle	<input type="checkbox"/> Bekannte
<input type="checkbox"/> Sonstige: _____			

Haben Sie sich schon früher einmal in Schul- und Erziehungsfragen bei einer anderen Stelle beraten lassen?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, wann war die Beratung? Bei welcher Stelle?
Wurde Ihr Kind schon einmal getestet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, von wem wurde Ihr Kind getestet?
Erhält Ihr Kind Therapiemaßnahmen? (z.B. Ergotherapie, Logopädie o.ä.) Wenn ja, welche?	

**Wenn Sie Testergebnisse haben, bringen Sie sie bitte zum Gespräch mit.**

Gibt es Schwierigkeiten bei der Erledigung der Aufgaben?				
<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> mir nicht bekannt

Womit beschäftigt sich Ihr Kind am liebsten (Hobbys)?
_____

Welche Fächer hat Ihr Kind am liebsten?
_____

Muttersprache des Kindes
Muttersprache: _____
Zuhause hauptsächlich gesprochene Sprache: _____

Hat Ihr Kind körperliche Einschränkungen beim				
<input type="radio"/> Sehen	<input type="radio"/> Hören	<input type="radio"/> Sprechen	<input type="radio"/> Bewegen	<input type="radio"/> Sonstige:
Versäumte Ihr Kind in den letzten zwei Jahren wegen Krankheit den Unterricht?				
<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> gelegentlich	<input type="radio"/> oft	

**Einverständniserklärungen (bitte alle Kästchen ausfüllen)**

**Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass eine Beratung durchgeführt wird und bitten um einen Termin.**

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

ggf. Einverständniserklärung des zweiten Sorgeberechtigten:  
 Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Information zum Sorgerecht im Fall von getrenntlebenden Eltern**

Ich habe **alleiniges Sorgerecht** (bitte Nachweis erbringen).

Ich habe **gemeinsames Sorgerecht** mit \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass **mein Lebenspartner / meine Lebenspartnerin**, der / die nicht sorgeberechtigt ist, \_\_\_\_\_ (Name), Informationen (keine Entscheidungsbefugnis) bezüglich der Beratung erhalten bzw. Auskunft geben darf.  ja  nein

Ich bin damit einverstanden, dass die im Rahmen der Beratung erforderlichen **Tests** durchgeführt werden können.  ja  nein

Für die Beratung wäre wichtig, auch die **Beobachtungen der Lehrkraft** zu berücksichtigen.

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der Beratung Gespräche **mit folgenden Lehrer:innen** geführt werden: \_\_\_\_\_

ja  nein  Ich möchte erst später darüber entscheiden.

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der **Beratung Testunterlagen und Auskünfte bei anderen Beratungsstellen** eingeholt werden.

ja  nein  Ich möchte erst später darüber entscheiden.

Ich bin damit einverstanden, dass die **Test- und Gesprächsergebnisse** an die unterrichtenden Lehrer:innen (s.o.) weitergegeben werden.

ja  nein  Ich möchte erst später darüber entscheiden.

## Datenschutz

**Im Rahmen der Beratung bei der Beratungslehrkraft Frau Schnarrenberger an der JFMS Kupferzell werden gemäß EU-DSGVO (Europäische Datenschutzgrundverordnung) personenbezogene Daten erhoben und gespeichert.**

Die Datenerhebung erfolgt zum Zweck der Durchführung einer Beratung. Aufgrund rechtlicher Vorgaben ist die Beratungslehrkraft dazu verpflichtet, diese Unterlagen mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Beratung aufzubewahren.

**Die Datenerheben und Datenverarbeitung ist Voraussetzung für die Durchführung der Beratung.**

Eine Weitergabe der Daten an Dritte findet nicht statt, außer Sie stimmen ausdrücklich zu. 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 Beratungslehrkraft Frau Schnarrenberger darüber informiert wurde, dass meine **personenbezogenen Daten im Rahmen der Beratung erhoben und gespeichert werden**. Ich stimme im Rahmen der Beratung bei der Beratungslehrkraft Frau Schnarrenberger einer Speicherung meiner personenbezogenen Daten zu.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Ich stimme im Rahmen der Beratung bei der Beratungslehrkraft Frau Schnarrenberger Folgendem zu:**

der Nutzung der elektronischen E-Mail zu Terminabsprachen:  ja  nein

der Kontaktaufnahme und Korrespondenz durch die Beratungslehrkraft (z.B. Rückfragen zu Befindlichkeit / Beratungsbedarf / Entwicklungen / Rückmeldungen etc).  ja  nein

dem Versand von personenbezogenen Daten wie Zeugnisse, Gutachten, etc.  ja  nein

**Hiermit bestätige ich** \_\_\_\_\_ (Name, Vorname), dass ich durch die Beratungslehrkraft Frau Schnarrenberger 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.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Ich bedanke mich für Ihre Angaben und freue mich auf eine gute Zusammenarbeit!**

Bitte geben Sie diesen Bogen aus Datenschutzgründen in einem verschlossenen Umschlag zurück.