

Anmeldung (GS Kl. 1-4) für eine Beratung durch die Beratungslehrkraft	Ute Schnarrenberger, Beratungslehrkraft Johann-Friedrich-Mayer-Schule Gartenstraße 22, 74635 Kupferzell E-Mail: ute.schnarrenberger@zsl-rsgd.de 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>Schreiben Sie bitte in wenigen Worten, warum Sie eine Beratung wünschen (Probleme, Auffälligkeiten, ...):</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	

Noten des letzten Zeugnisses	Weitere Fächer (je nach Schulart)
Deutsch: _____	_____
Mathematik: _____	_____

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

Von wem wurde die Beratung angeregt?			
<input type="radio"/> eigene Idee	<input type="radio"/> Lehrer:in	<input type="radio"/> andere Beratungsstelle	<input type="radio"/> Bekannte
<input type="radio"/> Sonstige:			
Haben Sie sich schon früher einmal in Schul- und Erziehungsfragen bei einer anderen Stelle beraten lassen?			
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Wenn ja, wann war die Beratung? Bei welcher Stelle?	
Wurde Ihr Kind schon einmal getestet? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> 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 Hausaufgaben?				
<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> immer	<input type="radio"/> 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

Sehen Hören Sprechen Bewegen Sonstige:

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

nie selten gelegentlich 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.