

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

Hilfereiche Angaben zur Familiensituation (Name, Alter, Beruf / Schule)	
Eltern	☐ verheiratet ☐ zusammenlebend ☐ getrennt
Mutter: _____	Vater: _____
Geschwister: _____	Weitere wichtige Familienmitglieder oder Bezugspersonen des Kindes: _____

Von wem wurde die Beratung angeregt?	
☐ eigene Idee	☐ Lehrer:in ☐ andere Beratungsstelle ☐ Bekannte
☐ Sonstige: _____	
Haben Sie sich schon früher einmal in Schul- und Erziehungsfragen bei einer anderen Stelle beraten lassen?	
☐ nein ☐ ja	Wenn ja, wann war die Beratung? Bei welcher Stelle?
Wurde Ihr Kind schon einmal getestet? ☐ nein ☐ 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, lassen Sie sie mir bitte zukommen. Vielen Dank!	

Gibt es Schwierigkeiten bei der Erledigung der Hausaufgaben?	
☐ nie	☐ manchmal ☐ häufig ☐ immer ☐ 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 <u>alle</u> 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 <u>von getrenntlebenden Eltern</u> ☐ 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 <u>mit folgenden Lehrer:innen</u> geführt werden: HIER DIE LEHRKRÄFTE NENNEN: _____ ☐ 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.