

Sonja Unger
Staatliche Schulpsychologin



schulpsychologie@schule.grettstadt.de

GS Grettstadt
Kirchgasse 11
97508 Grettstadt
Tel.: 09729/908568
Mi 8.00 – 9.00 Uhr Telefonsprechstunde

ANMELDEBOGEN SCHULPSYCHOLOGISCHE BERATUNG

Persönliche Daten

Daten der Schule

Nachname Schüler/in		Schule	
Vorname		Klassenlehrkraft	
Geburtstag			
Erziehungsberechtigte (alle)		Klasse	
Adresse		Schulbesuchsjahr	
Telefon privat			

Anlass für die schulpsychologische Beratung:

Einverständniserklärung und Entbindung von der Verschwiegenheitspflicht (§203 Abs.1 Nr.2 StGB)

Wir sind damit einverstanden, dass bei unserem Sohn/unsere Tochter im Rahmen einer schulpsychologischen Beratung notwendige diagnostische Maßnahmen (z.B. Intelligenztest, Schulleistungstests) durchgeführt werden.

Bezüglich der Ergebnisse der schulpsychologischen Diagnostik und Beratung entbinde/n ich/wir als gesetzliche Vertreter von

(Name des Schülers/der Schülerin)

die Schulpsychologin Frau Unger und

- | | |
|----------------------------------------------------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> die Klassenleitung unseres Kindes | Name: _____ |
| <input type="checkbox"/> die Schulleitung unseres Kindes | Name: _____ |
| <input type="checkbox"/> die Beratungslehrkraft der Schule | Name: _____ |
| <input type="checkbox"/> den zuständigen MSD der Schule | Name: _____ |
| <input type="checkbox"/> den/ die Jugendsozialarbeiter/in der Schule | Name: _____ |
| <input type="checkbox"/> zuständige Mitarbeiter des Jugendamtes/ASD: | Name: _____ |
| <input type="checkbox"/> Mitarbeiter der Erziehungsberatungsstelle: | Name: _____ |
| <input type="checkbox"/> den behandelnden Arzt: | Name: _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | Name: _____ |

jeweils wechselseitig von der Verschwiegenheitspflicht.

(Ort, Datum)

Unterschrift Erziehungsberechtigte/Sorgeberechtigte