



Evelin Wagner, Beratungslehrerin

Für eine umfassende Beratung bitte ich um folgende Angaben, die ich vertraulich behandeln werde.

**ANMELDEBOGEN Grundschule**

Familienname	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		
Telefonnummern (Mutter, Vater, eventuell auch mobil, geschäftlich)	E-Mail-Adresse	
PLZ, Wohnort		

**Schule**

Schule: Name, PLZ, Ort	Klasse	Klassenlehrer/in:
------------------------	--------	-------------------

**Besonderheiten bei der Einschulung**

<input type="checkbox"/> Vorzeitige Einschulung	<input type="checkbox"/> Zurückstellung	<input type="checkbox"/> Schulwechsel vor/in Kl.:
<input type="checkbox"/> Wiederholung von Kl.:	<input type="checkbox"/> überspringen von Kl.:	

**Bitte beschreiben Sie in Stichworten, warum Sie eine Beratung wünschen/welche Fragen die Beratung klären soll:**

<ul style="list-style-type: none"><li>•</li><li>•</li><li>•</li><li>•</li><li>•</li></ul>
---

**Sonstiges, z.B. Trennung der Eltern (Datum), Sorgerechtsregelung, neue Lebenspartner der Eltern, abweichende Adressen, genaue Beschreibung besonderer Lebensumstände des Kindes**

--

**Von wem wurde die Beratung angeregt?**

<input type="checkbox"/> eigene Initiative	<input type="checkbox"/> Lehrer	<input type="checkbox"/> andere Beratungsstellen	<input type="checkbox"/> Bekannte/ Freunde	<input type="checkbox"/> Sonstige:
--	---------------------------------	--	--	------------------------------------

**Haben Sie sich schon *früher* einmal in Schul- und Erziehungsfragen bei einer anderen Stelle beraten, bzw. Ihr Kind testen oder behandeln lassen? (Bitte ggf. Kopien der Unterlagen beilegen)**

<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Wo?):
Wenn ja, bei welcher Einrichtung / Arzt / Klinik?
Was wurde unternommen (Testung, Behandlung, Training)?
Welche Auffälligkeiten wurden festgestellt?

**Befindet sich Ihr Kind *zur Zeit* in einer Behandlung (z.B. ärztliche, logo-/ergo-psychotherapeutisch; bitte ggf. Kopien der Unterlagen beilegen)?**

<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Wo?):
Welche Testungen, bzw. Trainings oder Behandlungen werden durchgeführt?
Bei welcher Einrichtung / Arzt / Klinik?
Welche Auffälligkeiten wurden festgestellt?

**Schulnoten des letzten Zeugnisses, bzw. Halbjahresinformation (Bitte Zeugniskopie beilegen)**

Verhalten		Deutsch		weitere Fächer:		weitere Fächer:		weitere Fächer:	
Mitarbeit		Mathematik							
Religion		Teilnahme AG:							
Fremdsprache									
Fremdsprache									

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

<input type="checkbox"/> Stützunterricht/Deutsch	<input type="checkbox"/> Stützunterricht /Mathematik	<input type="checkbox"/> Unterricht bei Lese-/ Rechenschwäche	<input type="checkbox"/> private Nachhilfe
--	--	---	--

**Welche Fächer hat Ihr Kind**

... am liebsten?	... am wenigsten gern?

**Wie lange braucht Ihr Kind im Allgemeinen für seine täglichen Hausaufgaben?**

<input type="checkbox"/> bis zu ½ Stunde	<input type="checkbox"/> bis zu 1 Stunde	<input type="checkbox"/> bis zu 1 ½ Stunden	<input type="checkbox"/> länger als 1 ½ Stunden
--	--	---	---

**Wer unterstützt Ihr Kind bei den Hausaufgaben?**

Mutter    Vater    Geschwister    andere: \_\_\_\_\_    Kind macht HA weitgehend selbständig

**Familiensituation**

*Vater	Vorname	Alter	Beruf
*Mutter	Vorname	Alter	Beruf
Geschwister	Vorname	Alter	Beruf oder Schule (Klasse)

\* Falls abweichend vom Namen des angemeldeten Kindes, **bitte unterstreichen**

**Womit beschäftigt sich Ihr Kind am liebsten?**

<b>Sport:</b>	<input type="checkbox"/> Rad fahren <input type="checkbox"/> Wandern	<input type="checkbox"/> Tanzen/Ballett	<input type="checkbox"/> Fußball/Handball o.Ä.	<input type="checkbox"/> sonstiges:
<b>Medien:</b>	<input type="checkbox"/> Fernsehen/Video	<input type="checkbox"/> Computerspiele	<input type="checkbox"/> Musik hören	<input type="checkbox"/> sonstiges:
<b>Kreatives:</b>	<input type="checkbox"/> Theater spielen <input type="checkbox"/> Musizieren	<input type="checkbox"/> Malen/Basteln <input type="checkbox"/> Handarbeiten	<input type="checkbox"/> Lesen	<input type="checkbox"/> sonstiges:
<b>Soziale / politische / kirchliche Aktivitäten</b>	<input type="checkbox"/> Gesellschaftsspiele	<input type="checkbox"/> zuhause mitarbeiten	<input type="checkbox"/> Teilnahme an kirchlicher Gruppe (z. B. CVJM)	<input type="checkbox"/> sonstiges:

**Mit wem kommt Ihr Kind in der Freizeit zusammen?**

Mit Nachbarskindern	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig
Mit Klassenkameraden	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig
Mit Vereinskameraden	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig
Mit Kindern in Jugendgruppen	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig
Sonstige:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig

**Hat Ihr Kind körperliche Einschränkungen beim ...?**

Sehen    Hören    Sprechen    Bewegen    andere: \_\_\_\_\_

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

nie    selten    gelegentlich    häufig

## Einverständniserklärung

### Von wem geht der Wunsch nach Beratung aus?

Kind     Mutter     Vater     Lehrer     andere:

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

ja                       nein                       unentschieden

### Für die Beratung wäre wichtig, auch die Beobachtungen des Lehrers zu berücksichtigen. Ich möchte dies jedoch nur mit Ihrer Zustimmung tun. Sind Sie damit einverstanden, dass ich mit dem/ der Lehrer/in spreche, bzw. Testunterlagen und Auskünfte bei anderen Beratungsdiensten einholen?

ja                       nein                       Ich möchte erst später darüber entscheiden.

### Sind Sie damit einverstanden, dass ich mit dem/der Lehrer/in, bzw. mit der Beratungsstelle über die Untersuchungsergebnisse spreche?

ja                       nein                       Ich möchte erst später darüber entscheiden.

### Dieser Bogen wurde ausgefüllt von ...

Mutter     Vater     Andere:

### Ihre Unterschriften

Ort, Datum

Mutter:

Vater:

\* \* \* \* \*

Bitte senden Sie diesen Bogen und weitere Unterlagen (Zeugnisse, Befunde...) auf dem Postweg an mich zurück

Grundschule Auf Mauern

Evelin Wagner  
Beratungslehrerin

Schulstr. 1  
72658 Bempflingen

oder geben Sie sie in einem verschlossenen Briefumschlag im Sekretariat Ihrer Schule ab. Ich werde mich dann so bald wie möglich mit Ihnen in Verbindung setzen.

**Vertrauliche Daten: Damit Ihre Post nicht geöffnet wird, bitte unbedingt den Vermerk „Persönlich“ groß auf den Umschlag schreiben.**

Ich bedanke mich für Ihre Angaben und hoffe auf eine gute Zusammenarbeit.  
Ihre Beratungslehrerin