

Bitte beschreiben Sie in Stichworten, warum Sie eine Beratung wünschen.

SCHULISCHE DATEN

Schullaufbahn

Schule (Name und Ort)	Von Klasse... bis Klasse...	Wiederholen von Klasse...

Noten des letzten Zeugnisses bzw. der letzten Halbjahresinformation:

Deutsch	Mathematik	Englisch	Religion/Ethik	Verhalten	Mitarbeit
Weitere Fächer:					
Teilnahme an AGs:			Teilnahme an der Ganztagesbetreuung (mit Umfang):		

Welche Fächer hat ihr Kind...

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

An welchen Fördermaßnahmen nahm oder nimmt Ihr Kind teil?

Förder-/Stützunterricht (Fächer?) Unterricht bei Lese-/Rechtschreibschwäche Priv. Nachhilfe/Lerntherapie (Einrichtung?)

Erläuterungen:

Welcher Schulabschluss wird angestrebt?

Abitur Fachhochschulreife Mittlere Reife Hauptschulabschluss Schulbesuch als Übergangslösung

Hat Ihr Kind schon berufliche Wünsche oder Vorstellungen?

Nein Ja:

Wie lange braucht Ihr Kind für die täglichen Hausaufgaben?

bis zu 1 Stunde bis zu 1 ½ Stunden bis zu 2 Stunden länger als 2 Stunden

Erläuterungen:

Wie wird Ihr Kind bei den Hausaufgaben unterstützt?

Kontrollieren der HA Abfragen Zusätzliche Übungen: Kind macht HA selbständig

Erläuterungen (z. B.: Wer unterstützt?):

Hat Ihr Kind in den vergangenen zwei Jahren den Unterricht versäumt?

nie selten gelegentlich häufig

Erläuterungen (Gründe, Häufigkeit):

Wie oft halten die Eltern Kontakt zum Klassenlehrer/zu den Fachlehrern?

nie selten gelegentlich häufig

Hat Ihr Kind Einschränkungen beim...?

Sehen Hören Sprechen Bewegen Andere:

Von wem geht der Wunsch nach Beratung aus? (Bitte alle Zutreffenden ankreuzen)

Kind Mutter Vater Lehrer Andere:

Erläuterungen:

Wie schätzen Sie die Kooperationsbereitschaft Ihres Kindes ein?

Sehr kooperativ Überhaupt nicht kooperativ

Erläuterungen:

PRIVATES

Womit beschäftigt sich ihr Kind am liebsten?

Sport:	<input type="checkbox"/> Fußball, Handball, o.Ä.	<input type="checkbox"/> Rad fahren	<input type="checkbox"/> Tanzen/Ballett	<input type="checkbox"/> Leichtathletik	<input type="checkbox"/> Anderes
Medien:	<input type="checkbox"/> Fernsehen/DVD	<input type="checkbox"/> Kino	<input type="checkbox"/> Computerspiele	<input type="checkbox"/> Musik hören	<input type="checkbox"/> Anderes
Kreativ-kulturell:	<input type="checkbox"/> Musizieren	<input type="checkbox"/> Malen, Basteln	<input type="checkbox"/> Handarbeiten	<input type="checkbox"/> Lesen	<input type="checkbox"/> Anderes
Soziales:	<input type="checkbox"/> Gesellschaftsspiele	<input type="checkbox"/> Mitwirkung in Verein/Kirche	<input type="checkbox"/> zuhause mitarbeiten		

Mit wem kommt Ihr Kind in der Freizeit zusammen?

Klassenkameraden:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig
Vereinskameraden:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig
Jugendgruppen:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig
Bekanntenkreis:	<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
Sonstige Freizeitaktivitäten:			

Befindet sich ihr Kind derzeit in Behandlung (ärztlich, logo-/ergo-/psychotherapeutisch o.Ä.)? Bitte ggf. Kopien der Unterlagen beilegen.

<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Wo?):
Erläuterungen (Gründe; Maßnahmen wie Testungen, Behandlungen, Trainings usw.):
Welche Auffälligkeiten wurden festgestellt?

Haben Sie sich früher schon einmal in Schul- oder Erziehungsfragen beraten oder Ihr Kind testen oder behandeln lassen? (Bitte ggf. Kopien der Unterlagen beilegen.)

<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Wo?):
Erläuterungen (Gründe; Maßnahmen wie Testungen, Behandlungen, Trainings usw.):
Welche Auffälligkeiten wurden festgestellt?

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNGEN

Sind Sie damit einverstanden, dass die im Rahmen der Beratung erforderlichen Tests durchgeführt werden? (Es erfolgt jeweils eine umfassende Aufklärung)

Ja Nein Unentschieden, weil:

Erläuterungen

Für den Beratungserfolg ist es wichtig, auch Beobachtungen der Lehrer und von anderen Helfern zu berücksichtigen. Ich unterliege der Schweigepflicht und werde dies nur mit Ihrer Zustimmung tun. Sind Sie damit einverstanden, dass ich Kontakt zur Schule aufnehme um Informationen zu erhalten bzw. Auskünfte bei anderen Helfereinrichtungen einhole?

Ja Nein Unentschieden, weil:

Erläuterungen (z.B. Ausnahmen):

Sind Sie damit einverstanden, dass ich mit der Lehrerin/dem Lehrer bzw. mit anderen Helfereinrichtungen über die Untersuchungsergebnisse spreche?

Ja Nein Unentschieden, weil:

Erläuterungen (z.B. Ausnahmen):

Dieser Bogen wurde ausgefüllt von... (Bitte alle Zutreffenden ankreuzen)

Mutter Vater Andere:

Ihre Unterschriften

Ort, Datum:

Mutter:

Vater:

**Informationen zur Datenerhebung sowie –verarbeitung gemäß EU-DSGVO
im Rahmen der Beratung bei der Beratungslehrkraft an der Albert-Schweitzer-Schule**

Im Rahmen der Beratung bei der Beratungslehrkraft Frau Strauß an der Albert-Schweitzer-Schule werden 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 Datenerhebung und Datenverarbeitung ist Voraussetzung für die Durchführung der Beratung. Eine Weitergabe der Daten an Dritte findet nicht statt. 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 Strauß 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 Strauß einer Speicherung meiner personenbezogenen Daten zu.

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

Datum, Ort

Unterschrift

**Einwilligung zum Austausch von Informationen bzw. zur Kommunikation über elektronische Mail im
Rahmen der Beratung bei der Beratungslehrkraft an der Albert-Schweitzer-Schule**

Hiermit bestätige ich _____ (Name, Vorname) dass ich durch die Beratungslehrkraft Frau Strauß 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.

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

- der Nutzung der elektronischen E-Mail zu Terminabsprachen:
ja **nein**
- der Kontaktaufnahme und Korrespondenz durch die Beratungslehrkraft Frau Strauß (z.B. Rückfragen zu Befindlichkeit/Beratungsbedarf/Entwicklungen/Rückmeldungen etc.)
ja **nein**
- dem Versand von personenbezogenen Daten wie Zeugnisse, Gutachten, etc.
ja **nein**

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

Datum, Ort

Unterschrift

Dieses Blatt bitte vom Anmeldebogen abtrennen und aufbewahren!

Bitte senden Sie den Anmeldebogen und weitere Unterlagen (Zeugnisse, Befunde, ...) an mich zurück.

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

Ich werde mich dann so bald wie möglich bei Ihnen melden.

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

Andrea Strauß

Kontakt Daten zur Beratung:

Andrea Strauß
Schurwaldschule
Ebene 16
73098 Rechberghausen

E-Mail: Andrea.Strauss@zsl-rsgd.de
Tel. 07161/946990-0 (Schule)