

Jennifer Schmidt

Beratungslehrerin  
Württemberg-Gymnasium  
Email: jennifer.schmidt@wirtemberg-gymnasium.de

## Anmeldebogen für ein Beratungsgespräch

Sie wünschen für Ihr Kind zur Klärung schulischer Schwierigkeiten ein Gespräch mit einer Beratungslehrkraft. Hierzu benötigen wir vorab einige Angaben, die mit dem Anmeldebogen erfragt werden. Ihre Angaben werden **streng vertraulich** behandelt.

Familienname	Vorname Kind	Geburtsdatum
Familienname Vater	Straße und Hausnummer	PLZ, Wohnort
Familienname Mutter		
Telefon mit Vorwahl	E-Mail	Handynummer

**Schule** (Name, Straße, PLZ, Ort): \_\_\_\_\_

**Klassenlehrer/-in** Ihres Kindes: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

- Besonderheiten der Schullaufbahn:** \_\_\_\_\_
- (Zutreffendes bitte ankreuzen!)
- vorzeitige Einschulung
  - Zurückstellung
  - Schulwechsel
  - Wiederholen in Klasse \_\_\_\_\_
  -
- 

Schreiben Sie bitte mit wenigen Worten auf, **warum** Sie die **Beratung** wünschen:

---

---

---

Von **wem** wurde die **Beratung** angeregt?

<input type="checkbox"/> eigener Wunsch	<input type="checkbox"/> Lehrer/in	<input type="checkbox"/> andere Beratungsstelle	<input type="checkbox"/> Bekannte	<input type="checkbox"/> Sonstiges
-----------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

Haben Sie sich schon früher einmal wegen Schul- oder Erziehungsfragen bei einer anderen Stelle beraten lassen?

Nein       Ja

Wenn ja, bei welcher Stelle? \_\_\_\_\_

Wann war diese Beratung? \_\_\_\_\_

**Schulnoten des letzten Zeugnisses bzw. der Halbjahresinformation:**

Religion/ Ethik		Naturphänomene		3. Fremdsprache	
Deutsch		Biologie		Naturwissenschaft und Technik	
Geschichte		Chemie		Musik	
1. Fremdsprache		Physik		Bildende Kunst	
2. Fremdsprache		Sport			
Mathematik		Geographie/ Wirtschaft/ Gemeinschaftskunde			

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

<input type="checkbox"/> Stützunterricht Deutsch	<input type="checkbox"/> Stützunterricht Mathematik	<input type="checkbox"/> Unterricht bei Lese-/ Rechtschreibschwäche	<input type="checkbox"/> private Nachhilfe im Fach/ Fächer:
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	<input type="checkbox"/> Logopädie	<input type="checkbox"/> Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Nachhilfeeinrichtung im Fach/ Fächer:

Welche **Fächer** hat Ihr Kind am liebsten? \_\_\_\_\_

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

<input type="checkbox"/> bis zu einer ½ Stunde	<input type="checkbox"/> bis zu 1 Stunde	<input type="checkbox"/> bis zu 1 ½ Stunden	<input type="checkbox"/> bis zu 2 Stunden oder mehr
------------------------------------------------	------------------------------------------	---------------------------------------------	-----------------------------------------------------

Wer kümmert sich um die Hausaufgaben Ihres Kindes? (Mehrfachantworten sind möglich!)

<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Geschwister	<input type="checkbox"/> Großeltern
---------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------

andere Person, welche \_\_\_\_\_

Kind macht seine Hausaufgaben weitgehend alleine.

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

<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> oft
------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	------------------------------

Womit beschäftigt sich Ihr Kind am liebsten in seiner **Freizeit**? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mit welchen **anderen Kindern** kommt Ihr Kind in seiner Freizeit zusammen?

Mit Nachbarskindern	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig
Mit Klassenkameraden/innen	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig
Mit Vereinskameraden/innen	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig
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:

<input type="checkbox"/> Sprechen	<input type="checkbox"/> Sehen	<input type="checkbox"/> Hören	<input type="checkbox"/> Bewegen	<input type="checkbox"/> Sonstiges _____
-----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	------------------------------------------

#### Familiensituation

	Vorname	Alter	Erlernter Beruf/ bzw. Schule (Klasse)	Ausgeübter Beruf
Vater				
Mutter				
Geschwister				
Sonstige Personen im Haushalt				
Sorgeberechtigte Person(en)				

## **Einverständniserklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass die im Rahmen der Beratung erforderlichen Tests bei meinem Kind durchgeführt werden.

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ich möchte erst später darüber entscheiden
-----------------------------	-------------------------------	---------------------------------------------------------------------

Für die Beratung wäre es wichtig, auch die Beobachtungen von Lehrerinnen und Lehrern zu berücksichtigen. Ich möchte dies aber nur mit Ihrer Zustimmung tun. Sind Sie damit einverstanden, dass ich mit den Lehrerinnen und Lehrern über Ihr Kind spreche bzw. schon vor dem Beratungsgespräch Informationen über Ihr Kind einhole?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ich möchte erst später darüber entscheiden
-----------------------------	-------------------------------	---------------------------------------------------------------------

Sind Sie damit einverstanden, dass ich Testunterlagen und Auskünfte von anderen Beratungsdiensten einhole?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ich möchte erst später darüber entscheiden
-----------------------------	-------------------------------	---------------------------------------------------------------------

Sind Sie damit einverstanden, dass ich mit der/dem Lehrerin/Lehrer bzw. mit anderen Beratungsstellen über Ihr Kind und über die Untersuchungsergebnisse spreche sowie diese Ergebnisse an andere Stellen weiterleite?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ich möchte erst später darüber entscheiden
-----------------------------	-------------------------------	---------------------------------------------------------------------

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

**Ich bedanke mich für Ihre Angaben und hoffe auf eine gute Zusammenarbeit!**