

Anmeldebogen

Sie wünschen für Ihr Kind zur Klärung schulischer Schwierigkeiten eine Beratung von der Beratungslehrerin. Dazu benötige ich vorab einige Angaben die mit diesem Fragebogen erfragt werden. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt.

Familiename Kind	Vorname Kind	Geburtstag Kind
Name Vater Name Mutter	Straße und Hausnummer	PLZ und Wohnort
Telefon mit Vorwahl	Handynummer	E-Mail Adresse

Gibt es **Besonderheiten in der Schullaufbahn** ihres Kindes? (Vorzeitige Einschulung, Zurückstellung, Schulwechsel, (freiwilliges) Wiederholen...

- Nein
- Ja: _____

Bitte beschreiben Sie kurz warum Sie eine Beratung wünschen:

Haben Sie schon zu einem **früheren Zeitpunkt Beratung in Erziehungs- oder Schulfragen** in Anspruch genommen?

- Nein
- Ja Wenn ja: Bei welcher Stelle?
 Wann war die Beratung?

Schulnoten des letzten Zeugnisses

Fach	Note	Fach	Note

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

An welchen **Fördermaßnahmen** nimmt ihr Kind teil? (z. B. Nachhilfe, Förderunterricht, Ergotherapie, Logotherapie, Psychotherapie,....)

Wer kümmert sich um **Hausaufgaben und Lernen?**

- Mutter Vater Geschwister andere Personen
- das Kind macht die Hausaufgaben weitgehend alleine

Womit **beschäftigt sich ihr Kind am liebsten in der Freizeit?**

Mit **welchen anderen Kindern** 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
Im Verein	<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
Verwandte	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig

Hat Ihr Kind **körperliche Einschränkungen**, z. B. Beim Sehen, Hören, Sprechen, Bewegen oder andere?

Familiensituation

Eltern: verheiratet geschieden zusammen lebend getrennt lebend

Mutter: Name, Vorname	Alter:	Erlerner Beruf:	Ausgeübter Beruf:
-----------------------	--------	-----------------	-------------------

leiblich Stiefmutter

Vater: Name, Vorname	Alter:	Erlerner Beruf:	Ausgeübter Beruf:
----------------------	--------	-----------------	-------------------

leiblich Stiefvater

Wer ist **sorgeberechtigt**?

Mutter Vater beide

Geschwister

Name	Alter	Schule oder Beruf	Halb-geschwister	Stief-geschwister
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wer lebt noch im Haushalt?

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von

Name in Druckbuchstaben	Datum und Unterschrift
-------------------------	------------------------

Vielen Dank!