Jennifer Steinhuber-Hinterstoisser, Schulpsychologin
Mittelschule Mühldorf
Tel. 08631/18830-208
Mail: Jennifer.Steinhuber-Hinterstoisser@schule.bayern.de

Kreisstadt
Mühldorf a. Inn
Mittelschule

Anmeldeblatt zur schulpsychologischen Beratung

Für Eltern

Name des Kindes:

_____

Name der Eltern: _____ Nationalität: _____

Geboren am: _____ Geschwister: _____

Adresse:

_____

Telefon: privat _____ sonstige: _____

Schule: _____

Klasse/Lehrkraft: _____

Einschulungsjahr: _____ Zurückstellung: ○ ja ○ nein

Klassenwiederholung: ○ ja ○ nein Jahrgangsstufe: _____

Grund der Wiederholung/Zurückstellung:

_____

_____

Mit der Lehrkraft habe ich bereits gesprochen: ○ ja ○ nein

Grund der Beratung: _____

_____

_____

_____

Bereits durchgeführte Maßnahmen/ vorher kontaktierte Beratungsstellen (z.B. SPZ):

_____

_____

_____

_____

_____

Jennifer Steinhuber-Hinterstoisser, Schulpsychologin
Mittelschule Mühldorf
Tel. 08631/18830-208
Mail: Jennifer.Steinhuber-Hinterstoisser@schule.bayern.de

Kreisstadt
Mühldorf a. Inn
Mittelschule

Schweigepflichtentbindung

Ich bin mit meinem Kind _____

geb. am _____

bei Frau Jennifer Steinhuber-Hinterstoisser in schulpsychologischer Beratung und erkläre mich einverstanden, dass Kontakt

- ○ mit der Klassenlehrkraft, ○ mit dem Sozialarbeiter/ JAS an der Schule,
- ○ mit der Klassenlehrkraft der ___ Jgst., ○ mit den Fachlehrern,
- ○ mit der Schulleitung, ○ mit Beratungsfachkräften,
- ○ mit der Hausaufgaben- und Mittagsbetreuung an der Schule,
- ○ mit Fachlehrkräften, die mit der Förderung meines Kindes beauftragt sind
- ○ mit außerschulischen Beratungseinrichtungen,
- ○ zum zuständigen Mitarbeiter vom Jugendamt,
- ○ mit Therapeuten,
- ○ mit _____

aufgenommen werden kann.

Die angeführten Partner sind damit von der Schweigepflicht entbunden.

○ **Auch können diagnostische Testverfahren durchgeführt werden.**

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Erziehungsberechtigte/r