


Grundschule Aurachtal Schulstr. 13 91086 Aurachtal Sekretariat: 09132/ 2013	Zuständige Beratungslehrkraft: Kerstin Schneider Tel: 09132-2013 <a href="mailto:k.schneider@grundschule-aurachtal.de">k.schneider@grundschule-aurachtal.de</a>	
--	--	---

**Anmeldung zur Schulberatung**  
**Schuljahr: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_**

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Straße, Hausnummer:	Ort:	Tel. priv: gesch.:
Erz.ber. Vater:	Mutter:	sonst. Erz.ber.:
Schule:	Klasse:	Lehrkraft:
Zurückstellung: ja/nein	Wiederholung: Klasse	Schulwechsel:
aktuell im wievielten Schulbesuchsjahr:	Muttersprache:	besucht eine deutsche Schule seit: _____ / _____ Monat                      Jahr

**Beratungsanlass:**

**Bereits durchgeführte Beratung/ Testung:**

**Wir, die Erziehungsberechtigten von \_\_\_\_\_**

**sind damit einverstanden, dass Beratungsgespräche geführt und, wenn sinnvoll und notwendig, psychologische Testverfahren von der Beratungslehrkraft durchgeführt werden.**

Bei getrennt lebenden Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht ist die Unterschrift beider Elternteile notwendig.

**Schweigepflichtentbindungen                      *Nicht Zutreffendes bitte streichen!***

Ich bin damit einverstanden, dass die Beratungslehrkraft von folgenden Personen Informationen, Daten und Testergebnissen einholen und an diese weitergeben darf:

- Schulleitung und Lehrkräfte der Schule
- zuständige Schulpsychologin
- Arzt/ Therapeuten: \_\_\_\_\_ (bitte namentlich benennen)
- Beratungsstellen: \_\_\_\_\_ (bitte namentlich benennen)
- Sonstige: \_\_\_\_\_
- Ich bin mit der Einsichtnahme in die Schülerakte einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten