

## Barbara Schiemann – Schulpsychologin im Landkreis Neu-Ulm

Grundschule Nersingen – Schwalbenstraße 4 – 89278 Nersingen

Telefon: 07308 - 9233129

E-Mail: schulpsych-schiemann@gmx.de



## Anmeldung zur Beratung

Hiermit melde ich meinen Sohn/ meine Tochter zur schulpsychologischen Beratung an. Persönliche Angaben zum Kind:

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

**Schule:** \_\_\_\_\_

**Klasse:** \_\_\_\_\_ **Klassenleitung: Frau/ Herr** \_\_\_\_\_

**Erziehungsberechtigte** (bitte vollständige Angabe aller Sorgeberechtigten):

\_\_\_\_\_

**Telefon tagsüber:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

geschäftlich  privat

\* **Email privat:** \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

\* freiwillige Angabe, falls Sie die Nachrichten regelmäßig lesen

**Beratungsanlass:**

\_\_\_\_\_

Waren Sie schon in einer anderen Beratungseinrichtung, wie Erziehungsberatung, Kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis, Ergotherapie, Logopädie oder ähnlichen Institutionen?

Nein

Ja, bei: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (20 \_\_\_\_\_)

Tragen Sie bitte namentlich bereits aufgesuchte Beratungsstellen ein.

## Einverständniserklärung / Schweigepflichtentbindung

Ich/ Wir sind damit einverstanden, dass erforderliche psychologische Untersuchungen und Tests mit unserem Kind durchgeführt werden.

Ich/ Wir entbinde/n Frau Schiemann und folgende Personen und Institutionen gegenseitig von der Schweigepflicht (bitte ankreuzen und Namen eintragen):

Lehrkraft : \_\_\_\_\_

Schulleitung: \_\_\_\_\_

Arzt: \_\_\_\_\_

Therapeut: \_\_\_\_\_

Sonstige Einrichtungen: \_\_\_\_\_

Die abgegebene Erklärung ist jederzeit widerrufbar.

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

\_\_\_\_\_  
**Vollständige Unterschriften aller Sorgeberechtigten**