**Schulpsychologischer Dienst**

**bei den Staatlichen Schulämtern Bamberg Stadt und Land**

Jutta Hoch

Hans- Schüller- Grund - und Mittelschule

Königshofstraße 3

96103 Hallstadt

Tel: 0951/9740117 Fax: 0951/9740129

Jutta.Hoch@schule.bayern.de

**Anmeldung zur schulpsychologischen Beratung**

Neuanmeldung 🔿 ja 🔿 nein Nachtestung 🔿 ja 🔿 nein

Anmeldung durch die 🔿 Lehrkraft 🔿 die Erziehungsberechtigten

Die Lehrkraft / die Erziehungsberechtigten sind über die Anmeldung informiert 🔿 ja 🔿 nein

**Für wen wird die Beratung gewünscht?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name des Kindes:  Name der Schule: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Geb.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Klasse:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Klassenlehrkraft:  Email: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Telefonnr.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Erziehungsberechtigte:  Anschrift:  Email: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Telefonnr.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Informationen zur Schullaufbahn:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Zurückstellung | 🔿 ja 🔿 nein |  | SVE (Schulvorbereitende Einrichtung) | 🔿 ja 🔿 nein |
| Vorzeitige Schulaufnahme | 🔿 ja 🔿 nein |  | DFK (Diagnose-Förderklasse) | 🔿 ja 🔿 nein |
| Mittagsbetreuung: | 🔿 ja 🔿 nein |  | Besuch Förderzentrum | 🔿 ja 🔿 nein |
| Wiederholte Klassen: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Besuch HPT (Heilpäd. Tagesstätte) | 🔿 ja 🔿 nein |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sonderpädagogischer Förderbedarf:  🔿 ja 🔿 nein | In folgendem(n) Bereich(en):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Kontaktperson MSD:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Aktuelles Notenbild:** (Nur Mittelschule)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| M | D: RS/Sprache untersuchen | D: Texte verfassen | D: Lesen | HSU | E | PCB | GSE | AWT |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

12

**Bitte fügen Sie eine Kopie des letzten Zeugnisses bei.**

**Welche Beratung wurde bereits in Anspruch genommen?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Beratungsstelle\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Therapeuten\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Sonstige\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🔿 ja 🔿 nein  🔿 ja 🔿 nein  🔿 ja 🔿 nein | JAS  MSD | 🔿 ja 🔿 nein  🔿 ja 🔿 nein |

**Beratungsanlass (kurze Schilderung des Problems):**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ziel der Beratung:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift der Lehrkraft bzw. der/des Erziehungsberechtigten