

Beratungslehrerin Dr. Regine Froese

Gymnasium Korntal/ Herman-Butzer-Grundschule Schwieberdingen/ Gemeinschaftsschule Möglingen

Postadresse: Charlottenstr.53, 70825 Korntal

Mail: regine.froese@zsl-rss.de

Telefon (mobil): 017642936943 (nur in dringenden Fällen)

Gesprächstermine nach Vereinbarung

ANMELDEBOGEN ZUR BERATUNG

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt

Familienname	Vorname Schüler/Schülerin	Geschlecht
Straße und Hausnummer	Vorname Mutter / Vater	Telefon
PLZ, Wohnort	E-Mail	Mobiltelefon

Klasse:

Schule:

Klassenlehrer:

Besonderheiten der Schullaufbahn:
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- vorzeitige Einschulung
- Zurückstellung
- Schulwechsel
- Wiederholen in Klasse:
- Klasse überspringen:

Bitte schreiben Sie bitte in wenigen Worten auf, warum Sie eine Beratung wünschen:

Von wem wurde die Beratung angeregt?

<input type="checkbox"/> eigener Wunsch	<input type="checkbox"/> Lehrer	<input type="checkbox"/> andere Beratungsstelle	<input type="checkbox"/> Bekannte	<input type="checkbox"/> Sonstige
---	---------------------------------	---	-----------------------------------	-----------------------------------

Haben Sie sich schon früher einmal in Schulfragen bei einer anderen Stelle beraten lassen?

Nein Ja Wenn ja, bei welcher Stelle?

Wann war diese Beratung? Und aus welchem Anlass?

Welche Fördermaßnahmen nehmen Sie in Anspruch / haben sie in Anspruch genommen?

Schulnoten des letzten Zeugnisses bzw. der Halbjahresinformation

Fach	Note	Fach	Note	Fach	Note

Derzeitige Schulnoten

Fach	Note	Fach	Note	Fach	Note

Lieblingsfächer:

Familiensituation (Vater, Mutter, Geschwister)

	Name	Vorname	Alter	Beruf
Vater				
Mutter				
Geschwister				

Sorgerecht bei getrennt lebenden Elternteilen:

Eltern	Mutter	Vater
Sorgerecht (bitte ankreuzen)		

Aufenthaltsbestimmungsrecht bei getrennt lebenden Elternteilen:

Eltern	Mutter	Vater
Aufenthaltsbestimmungsrecht (bitte ankreuzen!)		

Freizeitaktivitäten des Schülers/der Schülerin:

Kontakte in der Freizeit

Mit Nachbarn	<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
Mit Vereinskameraden	<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
Sonstige:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig

Es liegen körperliche Einschränkungen vor beim

<input type="checkbox"/> Sehen	<input type="checkbox"/> Hören	<input type="checkbox"/> Sprechen	<input type="checkbox"/> Bewegen	<input type="checkbox"/> sonstige:
--------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	------------------------------------

Es liegen sprachliche Einschränkungen vor (z.B. durch Migrationshintergrund)

<input type="checkbox"/> in großem Umfang	<input type="checkbox"/> in mäßigen Umfang	<input type="checkbox"/> nur wenig	<input type="checkbox"/> nicht
---	--	------------------------------------	--------------------------------

In den letzten zwei Jahren wegen Krankheit versäumter Unterricht

<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> oft
------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	------------------------------

Einverständniserklärung

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Ich bin damit einverstanden, dass die im Rahmen der Beratung erforderlichen Tests durchgeführt werden.

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ich möchte erst später darüber entscheiden.
-----------------------------	-------------------------------	--

Ich bin damit einverstanden, dass die Beratungskraft mit allen Kontaktpersonen, die für den Beratungsprozess von Bedeutung sind, sprechen bzw. Auskünfte einholen kann.

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ich möchte erst später darüber entscheiden.
-----------------------------	-------------------------------	--

Ich bin damit einverstanden, dass die Beratungskraft Testunterlagen und Auskünfte bei anderen Beratungsdiensten und Kontaktpersonen des Beratungsfalles einholen kann.

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ich möchte erst später darüber entscheiden.
-----------------------------	-------------------------------	--

Datum, Ort,

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

**Informationen zur Datenerhebung sowie –verarbeitung gemäß EU-DSGVO
im Rahmen der Beratung bei der Beratungslehrkraft
an der Hermann-Butzer Grundschule Schwieberdingen**

Im Rahmen der Beratung bei der Beratungslehrkraft Frau Dr. Froese an der Hermann-Butzer Grundschule Schwieberdingen werden personenbezogene Daten erhoben und gespeichert. Die Datenerhebung erfolgt zum Zweck der Durchführung einer Beratung. Aufgrund rechtlicher Vorgaben ist die Beratungslehrkraft dazu verpflichtet, diese Unterlagen mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Beratung aufzubewahren.

Die Datenerhebung und Datenverarbeitung ist Voraussetzung für die Durchführung der Beratung. Eine Weitergabe der Daten an Dritte findet nicht statt. Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten einfordern.

Hiermit bestätige ich, dass ich _____ (Name, Vorname) von Seiten der Beratungslehrkraft Frau Dr. Froese darüber informiert wurde, dass meine personenbezogenen Daten im Rahmen der Beratung erhoben und gespeichert werden.

Ich stimme im Rahmen der Beratung bei der Beratungslehrkraft Frau Dr. Froese einer Speicherung meiner personenbezogenen Daten zu.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Datum, Ort

Unterschrift

**Einwilligung zum Austausch von Informationen bzw. zur Kommunikation über elektronische Mail im
Rahmen der Beratung bei der Beratungslehrkraft
an der Hermann-Butzer Grundschule Schwieberdingen**

Hiermit bestätige ich (Name, Vorname) dass ich durch die Beratungslehrkraft Frau Dr. Froese auf mögliche Gefahren durch den Austausch personenbezogener Daten mittels elektronischer Mail hingewiesen wurde.

Des Weiteren bin ich mir darüber im Klaren, dass ich für von mir versandte Daten die alleinige Verantwortung trage.

Ich stimme im Rahmen der Beratung bei der Beratungslehrkraft Frau Dr. Froese Folgendem zu:

- der Nutzung der elektronischen E-Mail zu Terminabsprachen:
ja **nein**
- der Kontaktaufnahme und Korrespondenz durch die Beratungslehrkraft Frau Dr. Froese (z.B. Rückfragen zu Befindlichkeit/Beratungsbedarf/Entwicklungen/Rückmeldungen etc.)
ja **nein**
- dem Versand von personenbezogenen Daten wie Zeugnisse, Gutachten, etc.
ja **nein**

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Datum, Ort

Unterschrift