



Anmeldung zur schulpsychologischen Untersuchung

Hiermit erkläre ich mich mit einer schulpsychologischen Untersuchung und der eventuell notwendigen Durchführung von Testverfahren (z.B. Intelligenztests, Schulleistungstests, Persönlichkeitstests) meines Kindes einverstanden.

Name des Kindes	Geburtsdatum
Schule	Klasse
Klassenlehrkraft	Frühere Klassenlehrkräfte
Grund der Vorstellung des Kindes	

Kontaktdaten der Erziehungsberechtigten	
Name	
Straße	Wohnort
Telefon	E-Mail
Am besten erreichbar	

ANGABEN ZUR FAMILIE

MUTTER Name:	Alter:
Beruf:	
Ausübung: <input type="checkbox"/> ganztags <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Elternzeit	

VATER Name:	Alter:
Beruf:	
Ausübung: <input type="checkbox"/> ganztags <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Elternzeit	

Eltern sind:	Sorgerecht
<input type="checkbox"/> verheiratet oder zusammenlebend	<input type="checkbox"/> gemeinsames Sorgerecht
<input type="checkbox"/> geschieden, getrennt bzw. alleinerziehend	<input type="checkbox"/> alleiniges Sorgerecht

GESCHWISTER

Vorname	Geburtsdatum	Auffälligkeiten in der Entwicklung
		Ja Falls ja, welche?
1.		<input type="checkbox"/>
2.		<input type="checkbox"/>
3.		<input type="checkbox"/>
4.		<input type="checkbox"/>

Ich war mit meinem Kind bereits

<input type="checkbox"/> bei der Frühförderung	<input type="checkbox"/> beim Mobilen Sonderpädagogischen Dienst
<input type="checkbox"/> bei der Logopädie	<input type="checkbox"/> bei der Beratungslehrkraft
<input type="checkbox"/> bei der Ergotherapie	<input type="checkbox"/> beim Kinder- und Jugendpsychiater
<input type="checkbox"/> bei der Erziehungsberatung	<input type="checkbox"/> Sonstiges:

SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNGEN

Ich bin damit einverstanden, dass der zuständige Schulpsychologe von folgenden Personen Informationen, Daten und Testergebnisse einholen und an diese auch weitergeben darf:

- Lehrkräfte der Schule
- Beratungslehrkraft
- MSD (Mobiler Sonderpädagogischer Dienst)
- zuständige Jugendsozialarbeit
- Arzt / Therapeut: _____ (Bitte namentlich benennen)
- Beratungsstelle: _____ (Bitte namentlich benennen)
- Sonstige: _____
- Ich bin mit der Einsichtnahme in den Schülerakt einverstanden.

Alle Daten und Informationen werden vertraulich behandelt!

Ort, Datum

Unterschrift (aller) Erziehungsberechtigten