|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ruth Braum**Staatliche SchulpsychologinSchrammstraße 197421 Schweinfurtruth.braum@lrasw.de09721/55446 | **http://www.luitpold-vs.de/_bilder/201112/Logo_beratung.jpg** | **Steffen Braum**BeratungslehrerLülsfelder Weg 697447 Gerolzhofenlehrer@braum.deTel.:09382/3100297 |

Anmeldebogen Schulberatung bei Lese-/Rechtschreibschwierigkeiten (Stand: Sept. 2021)

|  |  |
| --- | --- |
| Name des Schülers/der Schülerin: |  |
| geb. am: |  |
| Schule: |  |
| Klasse: |  |
| Klassenlehrkraft: |  |
|  |
| **Name** **Erziehungsberechtigte:** | Sorgerecht 🔿 gemeinsam 🔿 Mutter alleine 🔿Vater alleine🔿 andere gesetzliche Vertreter: |
| Straße, Nr.: |  |
| PLZ, Ort: |  |
| Telefon: |  |
| E-Mail: |  |

* erstmalige Überprüfung durch die Beratungslehrkraft bzw. Schulpsychologen
* erneute Überprüfung durch die Beratungslehrkraft bzw. Schulpsychologen
* vorliegende Diagnose von Kinder- und Jugendpsychiater (bitte beilegen)

**Einverständnis & Schweigepflichtsentbindung:**

Ich bin mit der testdiagnostischen Überprüfung der Lese- und Rechtschreibleistung und der Durchführung einer Begabungsdiagnostik meines Kindes durch die Beratungslehrkraft bzw. Schulpsychologen einverstanden. Die Testergebnisse werden vertraulich behandelt.

Ich stimme zu, dass sich Beratungslehrkraft, Schulpsychologin, Klassenlehrkraft (Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) und Schulleitung (Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) gegenseitig über die Testergebnisse und Schulleistungen meines Kindes austauschen dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass bei der testdiagnostischen Überprüfung zur Verlängerung einer bestehenden LRSt durch die Beratungslehrkraft und/ oder Schulpsychologin Einblick in die Unterlagen der vorherigen Diagnostik genommen wird.

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

**Ort, Datum Unterschrift Erziehungsberechtigte/Sorgeberechtigte**