

Schulpsychologischer Dienst für den Kreis Viersen

Rathausmarkt 3 41747 Viersen

Anmeldung: Raum 1333

Tel.: 02162/39-1484 // Fax: 2162/39-1468

schulpsychologischer.dienst@kreis-viersen.de

www.kreis-viersen.de/schulpsychologie



Wird vom Schulpsychologischen Dienst ausgefüllt

Eingangsdatum:.....

Verf. von:.....

Anmeldebogen Schulpsychologischer Dienst

von Lehrer/-in und Eltern / Sorgeberechtigten auszufüllen

Name & Ort der Schule:**Funktion innerhalb der Schule:****Name Lehrer/-in:**
 Frau Herr

 Klassenlehrer/-in
 Fachlehrer/-in

 Schulleitung
 Förderlehrer/-in
 Beratungslehrer/-in

 Andere:
Name Schüler/-in:

.....

Geburtsdatum: Klasse:

Straße, Nr.:

PLZ/Ort:

Eltern / Familie:

Name der Mutter:

Name des Vaters:

Abweichende Adresse: Mutter Vater:

.....

Geschwister (Anzahl):.....

Sorgerecht:
 Gemeinsam Mutter alleine Vater alleine
 Andere / Gesetzlicher Vertreter:
Erreichbarkeit Telefon / E-Mail:

Telefon:.....

Mobil (optional):.....

E-Mail (optional):.....

 Telefonische Erreichbarkeit für Terminabsprachen (*Wochentage / Uhrzeiten, z.B. Mo, Mi, Do, jeweils ab 15 Uhr*):

.....

Von der Beratung erwarten wir die Klärung folgender Fragen bzw. Probleme (bitte Rückseite oder zusätzliches Blatt nutzen, falls Platz nicht ausreicht):

Bereits erfolgte außerschulische Maßnahmen (z.B. psychologisch-diagnostische Untersuchungen, Arztbesuche, Beratungsstellen, Therapeuten, Nachhilfe):

Sonstige Besonderheiten / Informationen:**Unterschriften & Schweigepflichtentbindung:**

- Wir, die Sorgeberechtigten, entbinden den Schulpsychologischen Dienst für den Kreis Viersen und die schulischen Erzieher unseres Kindes von ihrer Schweigepflicht nach § 203 StGB. Die Entbindung bezieht sich auf Klassenlehrer / Fachlehrer / Schulleitung / Schulaufsicht (nicht gewünschte Personengruppe(n) bitte streichen).
- Uns ist bekannt, dass die Schweigepflicht gegenüber anderen Personen oder Institutionen weiter gültig ist.

Der/die Lehrer/-in erklärt sich mit einer gemeinsamen schulpsychologischen Beratung einverstanden.

Die Eltern/ alle Sorgeberechtigten erklären sich mit einer gemeinsamen schulpsychologischen Beratung einverstanden, und entbinden beide Seiten von der Schweigepflicht.

Ort, Datum:.....

Ort, Datum:.....

Unterschrift:.....

Unterschrift(en):.....