

ANMELDUNG ZUR BERATUNG

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon / Handy: _____

E-Mail: _____

Erziehungsberechtigte: _____

Schule: _____

Klasse: _____

Lehrer/in: _____

Grund der Anmeldung: _____

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass diagnostische Gespräche und Testverfahren durchgeführt werden.

☐ ja

☐ nein

Ich/Wir haben keine Einwände, wenn Frau Marlene Reindl zur fachgerechten Betreuung meines/unseres Kindes Inhalte des Beratungsgespräches und Testergebnisse an die betroffenen Lehrer und nach Absprache an außerschulische pädagogische bzw. psychologische Fachleute weiterleitet.

Datum

Unterschrift

ANGABEN ZUM KIND

Name des Kindes: _____

Name der Mutter: _____

Name des Vaters: _____

Name, Alter, Klasse, Schulart der Geschwister:

Welche vorschulischen Einrichtungen hat Ihr Kind besucht? Für wie lange?

Wann wurde Ihr Kind eingeschult? _____

Welche Klasse(n) wurde(n) wiederholt? _____

Fanden bereits Fördermaßnahmen statt? (z.B. Ergotherapie, Logopädie ...)

Wenn ja, welche? _____

Wann wurde die Sehfähigkeit Ihres Kindes das letzte Mal überprüft? _____

Wann wurde die Hörfähigkeit Ihres Kindes das letzte Mal überprüft? _____

Haben Sie wegen des aktuellen oder eines ähnlichen Anlasses bereits andere Stellen aufgesucht? Wenn ja, welche?

Weitere wichtige Informationen: _____
