

<b>Ruth Braum</b> Staatliche Schulpsychologin Burgweg 12 97516 Oberschwarzach Tel.: 09382-3179835		<b>Steffen Braum</b> Beratungslehrer Lültsfelder Weg 6 97447 Gerolzhofen Tel.: 09382/8818
---	---	---

## Anmeldebogen Schulberatung bei Lese-/ Rechtschreibschwierigkeiten

Name des Schülers/ der Schülerin:	
geb. am:	
Schule/Klasse:	
Klassenlehrkraft:	
<b>Name Erziehungsberechtigte:</b>	
Sorgerecht <input type="radio"/> Gemeinsam <input type="radio"/> Mutter alleine <input type="radio"/> Vater alleine <input type="radio"/> andere gesetzliche Vertreter:	
Straße, Nr.:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	

- erstmalige Überprüfung durch die Beratungslehrkraft bzw. Schulpsychologin
- erneute Überprüfung durch die Beratungslehrkraft bzw. Schulpsychologin
- vorliegende Diagnose von Kinder- und Jugendpsychiater

### **Einverständnis & Schweigepflichtsentbindung:**

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

Ich stimme zu, dass sich Beratungslehrkraft und Schulpsychologin gegenseitig über die Testergebnisse austauschen dürfen.

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

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

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/Sorgeberechtigte