

Anmeldung (SEK I Kl. 5-10) für eine Beratung durch die Beratungslehrkraft	Stefanie Kuhn-Pfäffle Luise-Bronner-Realschule Herbert-Hoover-Str. 1 74074 Heilbronn E-Mail: stefanie.kuhn-pfaeffle@zsl-rsgd.de Tel: 07131- 562719 (Sekretariat Fr. Raymond)
--	---

Für eine umfassende Beratung bitte ich Sie um folgende Angaben, die ich vertraulich behandeln werde!

Familiename, Vorname (Schüler/in)		Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		PLZ, Wohnort
Schule: (Name, PLZ, Ort)	Klasse	Klassenlehrer/in

Wie kann ich Sie erreichen?		
Telefon	Mobiltelefon	E-Mail

Schreiben Sie bitte in wenigen Worten, warum Sie eine Beratung wünschen:
--

Besonderheiten der Schullaufbahn (Zutreffendes bitte ankreuzen)			
☐ vorzeitige Einschulung. ☐ Zurückstellung ☐ Schulwechsel			
- Wiederholung in Klasse: _____ - Bisher besuchte Schulen: _____ _____ _____			
Schulnoten des letzten Zeugnisses bzw. Halbjahresinformation			
Deutsch:		Verhalten:	
Mathematik:		Mitarbeit:	
Englisch:		Sonstige relevante Noten für die Beratung:	

An welchen Fördermaßnahmen nahm/ nimmt ihr Kind teil?
- Förderunterricht in der Schule Fach: _____ - Private Nachhilfe Fach: _____ Einrichtung: _____

Von wem wurde die Beratung angeregt?	
☐ eigener Wunsch ☐ Lehrer/in	☐ Beratungsstelle ☐ Sonstige
Haben Sie schon früher einmal in Schul- oder Erziehungsfragen eine Beratungsstelle aufgesucht?	
☐ ja ☐ nein	Beratungsstelle, Zeitpunkt, Grund der Beratung
Wurde ihr Kind schon einmal getestet? (Wenn sie Testergebnisse haben, bringen Sie diese bitte zum Gespräch mit)	
☐ ja ☐ nein	Wenn ja, von wem wurde Ihr Kind getestet?
Erhält Ihr Kind Therapiemaßnahmen? (z. B. Ergotherapie, Logopädie, ...) Wenn ja, welche?	

Gibt es Schwierigkeiten bei der Erledigung der Hausaufgaben?
☐ nie ☐ manchmal ☐ häufig ☐ immer ☐ mir nicht bekannt
Wie lange braucht ihr Kind im Allgemeinen für die täglichen Hausaufgaben?
☐ bis zu ½ Stunde ☐ bis zu 1 Stunde ☐ bis zu 1 ½ Stunden ☐ bis zu 2 Stunden oder mehr
Welche Fächer hat Ihr Kind am liebsten?
Womit beschäftigt sich Ihr Kind am liebsten (Hobbys)?

Hat Ihr Kind körperliche Einschränkungen? (Falls ja, bitte entsprechendes ankreuzen)
☐ Sehen ☐ Hören ☐ Sprechen ☐ Bewegen ☐ Sonstiges
Versäumte Ihr Kind in den letzten zwei Jahren wegen Krankheit den Unterricht?
☐ nie ☐ selten ☐ gelegentlich ☐ oft, Grund:

Hilfreiche Angaben zur Familiensituation (Name, Alter, Beruf/ Schule)	
Eltern: ☐ verheiratet. ☐ zusammenlebend ☐ getrennt	
Mutter: Name, Vorname	Vater: Name, Vorname
Geschwister:	Weitere wichtige Bezugspersonen des Kindes:
Muttersprache des Kindes	
Muttersprache:	Zuhause gesprochene Sprache:

Einverständnis zur Beratung		
Datum und Ort	Name des Erziehungsberechtigten in Druckbuchstaben	Unterschrift des Erziehungsberechtigten
Datum und Ort	Name des Erziehungsberechtigten in Druckbuchstaben <i>(ggf. Einverständniserklärung des zweiten Sorgeberechtigten)</i>	Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Vielen Dank für Ihre Angaben! Ich freue mich auf eine gute Zusammenarbeit mit Ihnen!

Bitte geben Sie **diesen Bogen** sowie die **Blätter zur Datenerhebung** bzw. ihre **Einwilligung zum Austausch über elektronische Mail** aus Datenschutzgründen in einem verschlossenen Umschlag zurück oder schicken Sie diesen per Mail an:
 stefanie.kuhn-pfaeffle@zsl-rsgd.de

Informationen zur Datenerhebung sowie -verarbeitung gemäß EU-DSGVO im Rahmen der Beratung

Im Rahmen der Beratung bei der Beratungslehrkraft Frau S. Kuhn-Pfäffle werden personenbezogene Daten erhoben und gespeichert. Die Datenerhebung erfolgt zum Zweck der Durchführung einer Beratung. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Unterlagen mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Beratung aufzubewahren.

Die **Datenerhebung** und Datenverarbeitung ist Voraussetzung für die Durchführung der Beratung. Eine Weitergabe der Daten an Dritte findet nicht statt. Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten einfordern.

Hiermit bestätige ich, dass ich _____ (Name, Vorname) von Seiten der Beratungslehrkraft Frau S. Kuhn-Pfäffle darüber informiert wurde, dass meine personenbezogenen Daten im Rahmen der Beratung erhoben und gespeichert werden.

Ich stimme im Rahmen der Beratung bei der Beratungslehrkraft Frau S. Kuhn-Pfäffle einer Speicherung meiner personenbezogenen Daten zu.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Ort und Datum

Unterschrift
des Erziehungsberechtigten

Name des Erziehungsberechtigten
in Druckbuchstaben

**Einwilligung zum Austausch von Informationen bzw.
zur Kommunikation über elektronische Mail im Rahmen der Beratung**

Hiermit bestätige ich _____ (Name, Vorname) dass ich durch dieses Schreiben auf mögliche Gefahren durch den Austausch personenbezogener Daten mittels elektronischer Mail hingewiesen wurde.

Des Weiteren bin ich mir darüber im Klaren, dass ich für von mir versandte Daten die alleinige Verantwortung trage.

Im Rahmen der Arbeit / Beratung mit der Beratungslehrkraft Frau S. Kuhn-Pfäffle darf meine E-Mail-Adresse für folgende Korrespondenzen genutzt werden:

- Terminvereinbarungen **ja** ☐ **nein** ☐
- Rücksprachen bezüglich des aktuellen Beratungsbedarfs,
der Befindlichkeit, der Entwicklungen und Rückmeldungen **ja** ☐ **nein** ☐
- Versand von personenbezogenen Daten wie Zeugnisse,
Gutachten, etc. **ja** ☐ **nein** ☐

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Ort und Datum

Unterschrift
des Erziehungsberechtigten

Name des Erziehungsberechtigten
in Druckbuchstaben