

Schulpsychologische Beratungsstelle

Hindenburgstr. 44
71638 Ludwigsburg
Telefon 07141 / 91856-0
Fax: 07141 / 91856-20



Baden-Württemberg

STAATLICHES SCHULAMT LUDWIGSBURG

Für eine umfassende schulpsychologische Beratung bitten wir um folgende Angaben, die wir vertraulich behandeln werden!

Anmeldebogen für Grundschule

Familiename		Vorname		Geburtsdatum	
Strasse, Hausnummer		Telefon mit Vorwahl		Handy:	
PLZ, Wohnort		E-Mail-Adresse:			
Staatsangehörigkeit des Kindes		Geburtsort / Geburtsland des Kindes			

Schule: Name, PLZ, Ort		Klasse	Klassenlehrer
Besonderheiten der Schullaufbahn (Zutreffendes bitte ankreuzen)			
<input type="checkbox"/> vorzeitige Einschulung	<input type="checkbox"/> Zurückstellung	<input type="checkbox"/> Schulwechsel	<input type="checkbox"/> Wiederholen in Klasse: _____
<input type="checkbox"/> _____			_____
Schreiben Sie bitte in wenigen Worten, warum Sie eine Beratung wünschen:			

Von wem wurde die Beratung angeregt?

eigene Idee Lehrer andere Beratungsstelle Bekannte Sonstige
(_____)

Haben Sie sich schon früher einmal in Schul- oder Erziehungsfragen bei einer anderen Stelle beraten lassen?

Nein Ja Wenn ja, bei welcher Stelle: _____

Wann war diese Beratung: _____

Schulnoten des letzten Zeugnisses bzw. Halbjahresinformation		Schrift und Gestaltung	
Deutsch	Mensch, Natur und Kultur (MeNuK)	Themenorientierte Projekte	
Mathematik	Bewegung, Spiel und Sport	Ergänzende Angebote:	
Fremdsprache	Religion	Muttersprachlicher Unterricht:	

An welchen Fördermaßnahmen nahm / nimmt Ihr Kind teil?

Stützunterricht Deutsch

Stützunterricht Mathematik

private Nachhilfe bei
im Fach / den Fächern:

Unterricht bei Lese- u.
Rechtschreibschwäche

Welche Fächer hat Ihr Kind am liebsten?

Wie lange braucht Ihr Kind im allgemeinen für seine täglichen Hausaufgaben

bis zu 1/2 Std.

bis zu 1 Std.

bis zu 1 1/2 Std.

bis zu 2 Std. o. mehr

Wer kümmert sich um die Hausaufgaben Ihres Kindes? (Mehrere Antworten möglich)

Mutter

Vater

Geschwister

Großeltern

andere Person (welche: _____)

Kind macht seine Hausaufgaben weitgehend alleine

Familiensituation

Nachname Vater	Vorname	Alter	erlernter Beruf	ausgeübter Beruf
Nachname Mutter	Vorname	Alter	erlernter Beruf	ausgeübter Beruf
Nachname Geschwister	Vorname	Alter	Beruf oder Schule (Klasse)	

Womit beschäftigt sich Ihr Kind am liebsten in seiner Freizeit?

Mit welchen anderen Kindern kommt Ihr Kind in seiner Freizeit zusammen?

Mit Nachbarskindern	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig
Mit Klassenkameraden	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig
Mit Vereinskameraden	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig
In Jugendgruppen	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig
Sonstige _____	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	

Hat Ihr Kind körperliche Einschränkungen beim

<input type="checkbox"/> Sehen	<input type="checkbox"/> Hören	<input type="checkbox"/> Sprechen	<input type="checkbox"/> Bewegen	<input type="checkbox"/> Sonstige:

Versäumte Ihr Kind in den letzten zwei Jahren wegen Krankheit den Unterricht?

<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Selten	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Oft
------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	------------------------------

TESTEINVERSTÄNDNIS!

Ich bin damit einverstanden, dass die im 'Rahmen der Beratung erforderlichen Tests bei meinem Kind durchgeführt werden können.

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unentschieden
-----------------------------	-------------------------------	--

Für die Beratung wäre es wichtig, auch die Beobachtungen des Lehrers zu berücksichtigen. Wir wollen es aber nur mit Ihrer Zustimmung tun. Sind Sie damit einverstanden, dass wir mit dem Lehrer über Ihr Kind sprechen bzw. Testunterlagen und Auskünfte bei anderen Beratungsdiensten einholen?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ich möchte erst später darüber entscheiden
-----------------------------	-------------------------------	---

Sind Sie damit einverstanden, dass wir mit dem Lehrer bzw. mit einer anderen Beratungsstelle über Ihr Kind und über die Untersuchung sprechen?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ich möchte erst später darüber entscheiden
-----------------------------	-------------------------------	---

Datum: _____ Unterschrift: _____

Wir bedanken uns für Ihre Angaben und hoffen auf eine gute Zusammenarbeit

Ihre
Schulpsychologische
Beratungsstelle