|  |  |
| --- | --- |
| Schule (Stempel)      |  |
|  |  |
| An das**Schulpsychologische Beratungszentrum für Förderschulen am SFZ München Mitte 1 und 3**Nadistraße 3 80809 München TEL: 089 / 357 37 946  | **Stefanie Schlüter***Studienrätin im Förderschuldienst**Schulpsychologin*EMAIL: Schulpsychologie.schlueter@gmx.net |
|  |  |
| **Anmeldung zur schulpsychologischen Beratung** |
|  | Datum der Meldung:  |

### Personalien

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Familienname des Schülers/der Schülerin* | *Vorname* | *Geb.-Datum* | *Klasse* | *Schuljahr* |
|       |  |       |       |       |
| *Nationalität & Bekenntnis* |  | *Klassenlehrerin* ***mit Emailadresse und Telefonnummern*** |
|       |  |       |

|  |  |
| --- | --- |
| *Erziehungsberechtigte (Name, Straße, Wohnort, Emailadresse, Mobilnummer und Telefonnr.)* | * nicht-deutsche Staatsangehörigkeit
 |
|       |
|       | * Migrationshintergrund
 |
|       | in Deutschland seit |
|       |  |

### Beratungsanlass / Fragestellung / Erwartung

|  |
| --- |
|       |

### Bisherige Maßnahmen

|  |  |
| --- | --- |
| Elternkontakte |       |
| Medizinische/Therapeutische Maßnahmen |       |
| Kontakte zur Beratungslehrkraft*(Bitte* ***alle*** *Testunterlagen in Kopie beifügen.)* |       |
| Sonstige Maßnahmen *(z.B. JA, ASD, Logopädie, Ergotherapie, Legastenietherapie, ...)* |       |

### Außerschulische Informationen

|  |  |
| --- | --- |
| Familiäres Umfeld*Alleinerziehend, Scheidungskind, Geschwisterkonstellation, Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit der Schule, ...* |       |
| Freizeitverhalten*Fernseh- und Internetkonsum; besondere Interessen, Neigungen; Jugendgruppe, Mitglied in Vereinen* |       |
| Persönliche Stärken |       |

### Schulleistungen

|  |
| --- |
|       |

### Sozialverhalten

|  |
| --- |
|       |

### Weitere Angaben

|  |
| --- |
|       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| München,       |  |  |
| *Ort, Datum* |  | *Unterschrift*  |