|  |  |
| --- | --- |
| 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* |