## Schulberatungszentrum Ebersberg-Nord an der Anni- Pickert- Grund- und Mittelschule Poing Datum: \_\_\_\_\_ Gruber Straße 4, 85586 Poing Tel: 08121 2558-29 E-Mail: schulberatungszentrum.ebe-nord@vs-poing.de **Anmeldung zur Schulberatung** 1. Für wen wird die Beratung gewünscht? Name des Kindes Geb. / Klasse \_\_\_\_\_ Schule / Telefonnr. Erziehungsberechtigte **Anschrift** Festnetznummer Handy e-mail Klassenlehrer (-in) Tel. \_\_\_\_ 2. Beratungsanlass / Grund für die Anmeldung 3. Entbindung von der Schweigepflicht (Kann auch später erteilt werden.) Wir entbinden die zuständige Schulpsychologin/Beratungslehrerin und die Klassenlehrkraft Herrn/Frau \_\_\_\_\_ gegenseitig von der Schweigepflicht. 4. Schullaufbahn Zurückstellung O ja O nein vorzeitige Schulaufnahme O ja O nein O ja schulvorbereitende Einrichtung O nein Diagnoseförderklasse O ja O nein wiederholte Klassen: \_\_\_\_\_\_

5. Noter	<u>nbild</u>									
Fach	HSU	Mathe -matik	Sprechen und Zuhören	Lesen	Schreiben	Sprach- gebrauch	Richtig schreiben	Eng- lisch	GSE	PCB
aktuell										
(z.B. Be	eratungslel	hrer, MSI		gsberatu	nspruch ge ngsstelle, Klir			apeute	n, etc.)	
8. Unter	schrift d	es/der	Erziehun	gsbere	<u>chtigten</u>					
D	atum				Bei Unterschri	ft von nur einen	er Erziehui n Erziehungsbered anderen Elternteil	chtigten ve	erpflichtet	sich
Diese Anm	eldung wird	d in unsere	em Beratungs	steam ver	traulich behan	delt.				