

Anmeldenummer	Eingang
<b>Schulpsychologische Beratungsstelle für den Kreis Kleve</b> Nassauerallee 15-23 47533 Kleve  Fax 02821 85 67 495 Email:schulpsychologie@kreis-kleve.de	Schule

## Anmeldung zur Schulpsychologischen Beratung

Anfragende Lehrkraft/päd. Fachkraft Frau/Herr	Telefon privat (freiwillig)
Telefon Schule	Email
Schülerin/Schüler Name	Erziehungsberechtigte Frau/Herr
Geburtsdatum	Anschrift
Klasse	Telefon
Anschrift	Mobil (freiwillig)
	Email
Anmeldegrund:	
Gab es bereits Kontakt zu einem SPZ, LVR Klinik, Erziehungsberatung oder Psychotherapeuten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Ist bereits ein AOSF-Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Bitte legen Sie bereits vorhandene Berichte anderer Institutionen bei oder bringen diese zum Gespräch mit.	
Kenntnis der Schulleitung:	

Die Erziehungsberechtigten wünschen ebenfalls, dass die Schule die Schulberatung hinzuzieht. Sie entbinden die Schule und die Schulpsychologin gegenseitig von der gesetzlichen Schweigepflicht. Die Erziehungsberechtigten willigen in die erforderliche Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ein.

Die Schulpsychologische Beratung ist freiwillig, vertraulich und kostenfrei.

Datum/Ort: \_\_\_\_\_

Unterschrift der Lehrkraft/ päd. Fachkraft

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_