

Beratungslehrerin Gabriele Kubin

Oststadtschule

Danziger Straße 30, 71638 Ludwigsburg

Tel.: 07141 / 910-4540

Fax: 07141 / 899 5012

Email: kubin-beratung@oss-lb.de



Baden-Württemberg

STAATLICHES SCHULAMT LUDWIGSBURG

Für eine umfassende Beratung bitte ich um folgende Angaben, die ich vertraulich behandeln werde!

Anmeldebogen Grundschule

Familienname	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)

vorzeitige Einschulung Zurückstellung Schulwechsel Wiederholen in Klasse:

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

Deutsch	<input type="text"/>
---------	----------------------

Mensch, Natur und Kultur (MeNuK)	<input type="text"/>
----------------------------------	----------------------

Mathematik	<input type="text"/>
------------	----------------------

Bewegung, Spiel und Sport	<input type="text"/>
---------------------------	----------------------

Fremdsprache	<input type="text"/>
--------------	----------------------

Religion	<input type="text"/>
----------	----------------------

Schrift und Gestaltung	<input type="text"/>
------------------------	----------------------

Themenorientierte Projekte	<input type="text"/>
----------------------------	----------------------

Ergänzende Angebote:	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Muttersprachlicher Unterricht:	<input type="text"/>
--------------------------------	----------------------

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="text"/> | <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: |
| <input type="text"/> | | | | |
| <input type="text"/> | | | | |

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.

Ich möchte dies aber nur mit Ihrer Zustimmung tun.

Sind sie damit einverstanden, dass ich mit dem Lehrer über Ihr Kind spreche.

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

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

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

Datum:

Unterschrift:

Ich bedanke mich für Ihre Angaben und hoffe auf eine gute Zusammenarbeit.

**Informationen zur Datenerhebung sowie –verarbeitung gemäß EU-DSGVO
im Rahmen der Beratung bei der Beratungslehrkraft
an der Oststadtschule**

Im Rahmen der Beratung bei der Beratungslehrkraft **Frau Kubin** an der Oststadtschule werden personenbezogene Daten erhoben und gespeichert. Die Datenerhebung erfolgt zum Zweck der Durchführung einer Beratung. Aufgrund rechtlicher Vorgaben ist die Beratungslehrkraft dazu verpflichtet, diese Unterlagen mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Beratung aufzubewahren.

Die Datenerhebung und Datenverarbeitung ist Voraussetzung für die Durchführung der Beratung. Eine Weitergabe der Daten an Dritte findet nicht statt. Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten einfordern.

Hiermit bestätige ich, dass ich.....(Name, Vorname)
von Seiten der Beratungslehrkraft **Frau Kubin** darüber informiert wurde, dass meine personen-
bezogenen Daten im Rahmen der Beratung erhoben und gespeichert werden.

**Ich stimme im Rahmen der Beratung bei der Beratungslehrkraft *Frau Kubin* einer Speicherung
meiner personenbezogenen Daten zu.**

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Datum, Ort

Unterschrift

**Einwilligung zum Austausch von Informationen bzw. zur Kommunikation über
elektronische Mail im Rahmen der Beratung bei der Beratungslehrkraft
an der Oststadtschule**

Hiermit bestätige ich(Name, Vorname)
dass ich durch die Beratungslehrkraft **Frau Kubin** auf mögliche Gefahren durch den Austausch
personenbezogener Daten mittels elektronischer Mail hingewiesen wurde.

Des Weiteren bin ich mir darüber im Klaren, dass ich für von mir versandte Daten die alleinige
Verantwortung trage.

Ich stimme im Rahmen der Beratung bei der Beratungslehrkraft *Frau Kubin* Folgendem zu:

- der Nutzung der elektronischen E-Mail zu Terminabsprachen:
ja **nein**
- der Kontaktaufnahme und Korrespondenz durch die Beratungslehrkraft **Frau Kubin**
(z.B. Rückfragen zu Befindlichkeit/Beratungsbedarf/Entwicklung/Rückmeldung etc.)
ja **nein**
- dem Versand von personenbezogenen Daten wie Zeugnisse, Gutachten, etc.
ja **nein**

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Datum, Ort

Unterschrift