Stefan Kohl

Qual. Beratungslehrkraft

Telefonnummer: 08332 922450 schulberatung@mittelschule-ottobeuren.de

Dienstanschrift:

Mittelschule Ottobeuren Bergstr. 80 87724 Ottobeuren



Anmeldung zur Beratung durch die qual. Beratungslehrkraft

Hiermit melde ich mein Kind zur Beratung an. Mit der Durchführung von Verfahren, die die Problemlage meines Kindes erfassen helfen, sind wir / bin ich einverstanden.

Angaben zum Kind					
Vorname					
Name					
Geburtsdatum					
Straße und Hausnr.					
PLZ und Wohnort					
Telefon					
E-Mail Adresse					
Erziehungsberechtigte/r	beide Eltern	nur Mutter	nur Vat	er	
Name der/s Erzie- hungsberechtigten					
Schule					
Klasse					
Lehrkraft					
Grund der Anmeldung					
Bei meinem/unserem Kir ja nei	_	ne pädagogisch-psy	ychologischel	Jntersuchung:	
wenn ja:					
bei wem?				wann?	
Grundsätzlich müssen be so versichert die/der Unte					s vor,

Ort, Datum	Unterschrift des/der Erziehungsberechtigte(n)

Stefan Kohl

Qual. Beratungslehrkraft

Telefonnummer: 08332 922450 schulberatung@mittelschule-ottobeuren.de

Dienstanschrift:

Mittelschule Ottobeuren Bergstr. 80 87724 Ottobeuren



Entbindung von der gesetzlichen Schweigepflicht

Ich bin/Wir sind damit	schulische Beratung der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber Dritten. einverstanden, dass Herr Stefan Kohl , Qualifizierte Beratungslehrkraft, mit sonen Informationen und Befunde bezüglich der Beratung meines/unseres
Kindes	, geb. am austauschen darf.
werden. Die gesamte S richtung zur Kenntnis g einverstanden. Hiermit entbinde/n ich	tbindung kann von mir/uns jederzeit teilweise oder vollständig widerrufen chweigepflichtentbindung kann einer unten genannten Person bzw. Einelangen, z.B. in Form einer Kopie oder eines FAX. Damit bin ich/sind wir /wir die Qualifizierte Beratungslehrkraft Herrn Stefan Kohl von der flicht gegenüber folgenden Personen bzw. Einrichtungen und umgekehrt:
J .	
Einrichtung/Beruf	Vor- und Zuname
Lehrkraft	
Schulleiter/in	
Beratungslehrkraft	
Mobiler Sonderpäda- gogischer Dienst (MSD)	
Hort/Mittagsbetreuung	
JaS Schulsozialarbeit	
Arzt/Facharzt	
Therapeut/in	
	beide Eltern unterschreiben. Liegt die Unterschrift nur eines Elternteils vor, terzeichnende, dass sie/er das alleinige Sorgerecht für das Kind hat.
Ort, Datum	Unterschrift des/der Erziehungsberechtigte(n)