

**Schulberatung** an der Albert-Schweitzer-GS Weiden / GS Altenstadt /

Clausnitzer-GS Weiden / Max-Reger-Mittelschule Weiden

**Klaus Hartmannsgruber, Beratungsrektor**

Ulrich-Schönberger-Str. 3, 92637 Weiden (= Schulanschrift!)

Tel: 0961-391640 oder 0961-3916411 oder Fax: 0961-3916419

e-Mail: [sberatung@max-reger-schule.de](mailto:sberatung@max-reger-schule.de)



## Anmeldung zur Beratung

(von den Erziehungsberechtigten auszufüllen!)

### Angaben zum Kind:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte/r: \_\_\_\_\_

Erreichbar (Telefon / Zeit): \_\_\_\_\_

e-Mail: \_\_\_\_\_

Schule: \_\_\_\_\_

Klasse und Lehrkraft: \_\_\_\_\_

Erreichbar (Telefon / Zeit) \_\_\_\_\_

### Beratungsanlass (Eventuell Zutreffendes bitte ankreuzen)

Verdacht auf Dyskalkulie  
(Rechenschwierigkeiten)

Konzentrationsprobleme

Schullaufbahnberatung

Verhaltensauffälligkeiten

Lern- und Leistungs-  
schwierigkeiten

Schulische Konflikte (u.a.  
Mobbing, etc.)

Sonstiges (Bitte kurze Beschreibung!)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Einverständniserklärung (Bitte ankreuzen)

Ich bin damit einverstanden, dass die zuständige Beratungslehrkraft gegenüber der Klassenleitung bzw. Schulleitung Auskünfte einholen darf und entbinde somit die schulischen Fachkräfte (Lehrkräfte, MSD) von der Schweigepflicht.

Mit der Durchführung psychologischer Testverfahren bin ich / sind wir einverstanden.  
Bei getrenntlebenden Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht ist die Unterschrift beider Elternteile notwendig.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en) der/des Erziehungsberechtigten