



**Marina Bergmann , Lin**

Pestalozzistraße 1, 92637 Weiden (= Schulanschrift!)

Tel: 0961 : 0961 206 2000

e-Mail: [bergmann@pestalozzischule-weiden.de](mailto:bergmann@pestalozzischule-weiden.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