

Anmeldebogen

Für eine umfassende Beratung bitte ich um folgende Angaben, die ich vertraulich behandeln werde!
 Im Rahmen der Beratung werden personenbezogene Daten erhoben und gespeichert. Aufgrund rechtlicher Vorgaben bin ich verpflichtet, diese Daten nach Abschluss der Beratung 10 Jahre aufzubewahren.

| Personelle Daten | | |
|---|-----------------------|--|
| Familienname | Vorname | Geburtsdatum |
| Straße/ Hausnummer | | Telefon mit Vorwahl/ Handy |
| PLZ / Wohnort | | Email-Adresse/ Fax/ Sonstig |
| Aktuelle Schule: Name, Ort | Klasse | Klassenlehrer/in |
| Ausbildungsberuf | Betrieb/ Firma | Ausbilder |
| Fragen zur Schullaufbahn/ Werdegang | | |
| bisher besuchte Schulen/ Ausbildungen | Von Klasse bis Klasse | Anmerkungen: Wiederholt, abgebrochen etc.? |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Schreiben Sie bitte in wenigen Worten, warum Sie eine Beratung wünschen: | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Von wem wurde die Beratung angeregt? | | |
| <input type="checkbox"/> eigener Wunsch <input type="checkbox"/> Lehrer/in <input type="checkbox"/> Bekannte/Freunde <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | | |
| Wurde Sie schon früher einmal von anderer Stelle in Schul- und Ausbildungsfragen beraten? | | |
| <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | | |
| Wenn ja, notieren Sie bitte Beratungsstelle, Zeitpunkt, Beratungsgrund, evtl. durchgeführte Tests. | | |
| | | |

| | | | |
|--|--|---|---------------------------------|
| Welcher Schulabschluss wird angestrebt? | | | |
| Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> | Mittlere Reife <input type="checkbox"/> | Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> | Abitur <input type="checkbox"/> |
| Berufskolleg <input type="checkbox"/> | Übergangslösung <input type="checkbox"/> | Anderes: | |
| Bitte geben Sie Ihre Schulnoten des letzten Zeugnisses/der letzten Halbjahresinformation an. | | | |
| Fach | Note | Fach | Note |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Nutzen Sie im Moment Fördermaßnahmen? Welche? | | | |
| Förderkurs in der Schule? | Fach | | |
| Nachhilfe durch? | Fach | | |
| Sonstige (welche?) | | | |
| Haben Sie Lieblingsfächer? Welche? | | | |
| Sofern sie noch keine Ausbildung machen: Haben Sie schon berufliche Wünsche oder Vorstellungen? | | | |
| Nein <input type="checkbox"/> | Ja, welche? | | |
| Wenn Sie in einer Ausbildung sind: Gefällt Ihnen Ihre Ausbildung? Warum, warum nicht? | | | |
| Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Weil.... | |
| Wie lange arbeiten Sie zu Hause für die Schule/ Ausbildung? (z.B. Hausaufgaben, Vorbereitungen, Prüfungen, ...) | | | |
| <input type="checkbox"/> täglich _____ Stunden | <input type="checkbox"/> am Wochenende _____ Stunden | | |
| <input type="checkbox"/> wöchentlich _____ Stunden | <input type="checkbox"/> gar nicht | | |

| | |
|--|----------------------------------|
| Familiensituation | |
| Wie ist Ihre häusliche Situation? | |
| <input type="checkbox"/> wohne bei meinen Eltern <input type="checkbox"/> wohne alleine <input type="checkbox"/> wohne mit Partner/in <input type="checkbox"/> anderes: _____ | |
| Wie ist Ihre familiäre Situation? | |
| <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> zusammenlebend <input type="checkbox"/> getrennt/geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> habe Kinder | |
| Angaben zu Ihrer Familie: | |
| Alter und Beruf des Vaters: | Alter und Beruf der Geschwister: |
| | |
| Alter und Beruf der Mutter: | |
| | |
| Wer lebt noch im Haushalt? | |
| Womit beschäftigen Sie sich in Ihrer Freizeit? | |
| | |
| Haben Sie gesundheitliche oder körperliche Einschränkungen? | |
| Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> _____ | |

- bei Minderjährigen vom Erziehungsberechtigten auszufüllen –

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die im Rahmen der Beratung erforderlichen Tests durchgeführt werden können.
 ja nein Darüber möchte ich später entscheiden

Für die Beratung wäre wichtig, auch die Beobachtungen der Lehrer zu berücksichtigen. Ich möchte es aber nur mit Ihrer Zustimmung tun. Sind Sie damit einverstanden, dass ich mit den folgenden Lehrkräften spreche und Informationen zu Ihnen austausche?

| Name der Lehrkraft | ja | nein | Ich möchte erst später darüber entscheiden. |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| Klassenlehrer/in | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schulleiter/in | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fachlehrer/in für... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fachlehrer/in für... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ich bin damit einverstanden, dass die Test- und Gesprächsergebnisse an folgende Lehrer/ Lehrerinnen weitergegeben werden.

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

Für die Beratung ist es wichtig, dass evtl. vorliegende Beobachtungen oder Testergebnisse bereits besuchter Beratungsstellen/ Ärzte berücksichtigt werden. Sind sie damit einverstanden, dass ich die Unterlagen von...

| Name und Telefonnummer | ja | nein | später |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hausarzt/ Facharzt: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erziehungsberatungsstelle: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beratungslehrer: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

...anfordere und Informationen bzgl. Ihnen austausche?

Datum, Unterschrift Schüler (bei Volljährigkeit genügt diese Unterschrift)

/

Datum, Unterschrift der Erziehungsberechtigten/ Datum, Unterschrift des zweiten Sorgeberechtigten (auch im Falle von getrenntlebenden Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht)

Wir versichern/ich versichere, dass wir/ich sorgeberechtigt sind/bin.
 Unterzeichnet nur eine Person, versichert diese entweder allein sorgeberechtigt zu sein oder in Vollmacht für den oder die anderen Sorgeberechtigten zu handeln.

Bitte zurücksenden an oder in einem Umschlag in mein Fach an der Schule legen lassen.

| | | |
|--|------|-----------------------------|
| Beratungslehrer Sonja Burkert | | |
| Gewerbliche Schule Künzelsau | | Bildungszentrum Niedernhall |
| Am Gaisberg 11 | oder | Brückenwiesenweg 8-10 |
| 74653 Künzelsau | | 74 676 Niedernhall |
| Fax. 07940/58541 | | Fax. 07940/98298-0 |
| E-Mail: sonja.burkert@gwkuen.de | | |

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