

## Anmeldung für schulpsychologische Beratungen/Testdiagnostik

<b>Name des Kindes:</b> _____	<b>Vorname:</b> _____
<b>Alter:</b> _____ <b>Jahre</b>	<b>geb. am:</b> _____
<b>Adresse:</b> _____	_____
PLZ	Ort
	Straße
	Nr.

<b>Kontakt</b>	<b>Mutter</b>	<b>Vater</b>
<b>Tel.-Nr.</b> privat		
<b>Tel.-Nr.</b> dienstlich		
<b>eMail</b>		

### Überblick über die bisherige Schullaufbahn:

1. Zur Zeit in Klasse \_\_\_\_ der Schule: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

Grundschule       Hauptschule       Realschule       Gymnasium

2. Sprachenfolge:    1. Fremdsprache \_\_\_\_\_ ab Klasse \_\_\_\_  
                          2. Fremdsprache \_\_\_\_\_ ab Klasse \_\_\_\_  
                          3. Fremdsprache \_\_\_\_\_ ab Klasse \_\_\_\_

weitere Sprachenkenntnisse: \_\_\_\_\_

3. Hat Ihr Kind ein Schuljahr  wiederholt,  übersprungen bzw. die  Klasse oder  Schule gewechselt? Wenn ja, in welchem Jahrgang? \_\_\_\_\_

Gründe:

4. Wie würden Sie das Verhältnis Ihres Kindes zu Lehrern und Mitschülern beschreiben?

5. Gab es reguläre Fächer, die in den folgenden Jahrgangsstufen nicht erteilt wurden?

	1. Halbjahr	2. Halbjahr
Klasse 7		
Klasse 8		
Klasse 9		
Klasse 10		

6. Besondere Neigungen, Interessen, Hobbies, Freizeitaktivitäten Ihres Kindes:

7. Lassen sich ausgeprägte Stärken und/oder „Schwächen“ Ihres Kindes beschreiben?

8. Welche Hinweise über die geistigen Fähigkeiten Ihres Kindes liegen bislang vor (Beobachtungen, Erfahrungen, Erlebnisse, Informationen von Lehrern, schulische Gutachten, Testbefunde u.a./ggf. bitte beifügen)?

9. Aus welchen Gründen möchten Sie Ihr Kind vorstellen bzw. in welcher Situation befindet sich Ihr Kind zur Zeit?

10. Was erhoffen Sie sich/Ihr Kind von der Untersuchung bzw. der Beratung?

11. Was die Beratungsstelle sonst noch wissen sollte (z. B. besondere Problematiken, Erkrankungen, aktuelle medikamentöse Therapien, abgeschlossene oder laufende medizinische oder psychotherapeutische Behandlungen, Kuren ...):

## 12. Gegenwärtiger Leistungsstand Ihres Kindes (in etwa):

Mathematik:		Deutsch:		1. Fremdsprache ( ):	
Physik:		Geschichte:		2. Fremdsprache ( ):	
Chemie:		Religion:		Projektkurs ( ):	
Biologie:		Sozialkunde:		Neigungs-/Wahl- pflichtunterricht ( ):	
Geografie:		Philosophie:			
Astronomie:		Musik:		Nur für Grund- schule:	Lesen/Umgang mit Texten:
Informatik:		Kunst/Gestaltung:			Rechtschreiben/Sprachbetrachtung:
AWT:		Sport:			Sachunterricht:

## 13. Zur familiären Situation:

Gibt es besondere Umstände, in denen die Familie zur Zeit lebt?

Geschwister?

Name	Alter	Besonderheiten

Zur beruflichen Situation der Eltern:

	Mutter	Vater
abgeschlossene Berufsausbildung/Studium		
aktuelle Tätigkeit		
Vollzeit-/Teilzeitbeschäftigung		

14. Durch wen oder was ist die Familie auf unsere Beratungsstelle aufmerksam gemacht worden?

## Einverständnis - Erklärung

Wir sind/ich bin damit einverstanden, dass durch die psychologische Beratungsstelle der CJD Christophorusschule Rostock psychologische Leistungstests und Fragebögen bei Einhaltung des Datenschutzes eingesetzt werden. Ich bin/wir sind ebenfalls damit einverstanden, die anfallenden Beratungsgebühren von 150,- € spätestens 14 Tage nach der Testauswertung an die CJD Christophorusschule Rostock zu überweisen (entfällt bei Zahlung von Schulgeld).

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten