

**Ingrid Kieninger, Beratungslehrkraft**  
 Mittelschule und GS Herzogenaurach  
 Burgstaller Weg 16  
 91074 Herzogenaurach  
 ✉ [kieninger@mittelschule-herzogenaurach.de](mailto:kieninger@mittelschule-herzogenaurach.de)  
 ☎ 09132/7837-0



## ANMELDUNG ZUR SCHULBERATUNG

Schülerdaten	
<i>Name, Vorname</i>	<i>Geburtsdatum</i>
<i>Adresse</i>	<i>Telefonnummer(n)r</i>
<i>Name des Vaters (Erziehungsberechtigter)</i>	<i>Name der Mutter (Erziehungsberechtigte)</i>
<i>sonstige Erziehungsberechtigte</i>	
<i>Schule</i>	<i>Lehrkraft, Jahrgangsstufe</i>
<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<i>Zurückstellung</i>	<i>Wiederholung einer Jahrgangsstufe</i>

Beratungsanlass

Einverständniserklärung
<input type="checkbox"/> Ich bin damit einverstanden, dass die zuständige Beratungslehrkraft, meine/n Tochter/Sohn _____ im Rahmen ihrer Schulberatungstätigkeit diagnostisch überprüft.

--- bitte Rückseite beachten ---

## Entbindung von der Schweigepflicht und Zustimmung der Datenübermittlung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die zuständige Beratungslehrkraft im Interesse meines Kindes mit den Fachkräften folgender Stellen zusammenarbeiten und Informationen austauschen darf:

Klassenleitung

---

vorhergehende Einrichtung

---

Facharztpraxis

---

Ergotherapie – Praxis

---

Schulpsychologe \_\_\_\_\_

Jugendsozialarbeit \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Die Einwilligung ist freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.*

Ich bin einverstanden, dass Testunterlagen, die meine/n Tochter/Sohn betreffen, im Bedarfsfall an andere schulische Beratungsdienste weitergegeben werden dürfen, wenn diese mit der weiteren Betreuung beauftragt werden, um meinem Kind gleiche Testungen zu ersparen.

Ich wünsche keine Hilfe und Unterstützung durch die Beratungslehrkraft.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

der Mutter

des Vaters

sonst.. Erziehungsber.