

**Wird vom SIBUZ ausgefüllt!**

Verantwortlich: .....

Bearb.-Nr.: - -

Erstanmeldung

Folgeanmeldung

Schuljahr

Bezirk

Nummer

Anmeldedatum: .....

Bearbeitungsbeginn: .....

**Anmeldung einer Schülerin/ eines Schülers in der Schulpsychologie**

Schule: .....

Klasse: .....

Schul-Nr.: .....

Klassenlehrer/in: .....

E-Mail d. Lehrer/in: .....

Anmelderin/ Anmelder: .....

Sorgeberechtigte(n)

Andere: .....

Schweigepflichtentbindung für o.g. erteilt

**Die Anmeldung wurde vorbesprochen mit:**

Mitarbeiter/in der Schulpsychologie: ..... am: .....

**Personenbezogene Daten der Schülerin/ des Schülers**

Nachname: ..... Vorname: .....  
der Schülerin/ des Schülers

Geburtsdatum: ..... Muttersprache: .....

Schulbesuchsjahr: .....

Verweilerjahr SAPH

**Name und Anschrift aller Sorgeberechtigten:**

Mutter: ..... Telefon: .....  
der Schülerin/ des Schülers

Anschrift: .....

E-Mail: .....

Vater: ..... Telefon: .....  
der Schülerin/ des Schülers

Anschrift: .....

E-Mail: .....

Andere: .....

**Problembeschreibung (verbindliche Anlagen im Anhang hinzufügen)**

**Was soll mit unserer Unterstützung erreicht werden?**

.....  
Unterschrift der Sorgeberechtigten

(Für die Anmeldung in der Schulpsychologie ist das Einverständnis aller Sorgeberechtigten notwendig)

 bitte wenden



Schulstempel

**Anhang** zur Anmeldung

**Welche Beratungsmöglichkeiten wurden bisher genutzt?**  
 (mit Angabe der/des jeweiligen Ansprechpartnerin/ Ansprechpartners)

→ schulinterne Beratung	Ansprechpartnerin/ Ansprechpartner; ggf. Telefonnummer
<input type="radio"/> Im Kompetenzteam <input type="radio"/> Fallbesprechung	
<input type="radio"/> Mit der innerschulischen Beratungslehrkraft für Sonder-/ Inklusionspädagogik	
<input type="radio"/> Mit der Kontaktlehrkraft LRS	
<input type="radio"/> Mit der Kontaktlehrkraft Rechenschwäche	
<input type="radio"/> Mit den Schulsozialarbeitenden	
<input type="radio"/> Andere: .....	

→ außerschulische Fachdienste (Zutreffendes bitte ankreuzen und unterstreichen)	Ansprechpartnerin/ Ansprechpartner; ggf. Telefonnummer
<input type="radio"/> Gesundheitssystem (z.B. Kinder- und Jugendpsychiatrische Praxen/ - niedergelassene/r Psychotherapeutin/ Psychotherapeut, Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst, Sozialpädiatrisches Zentrum, Kliniken)	
<input type="radio"/> Jugendamt (z.B. Regionaler Sozialer Dienst, Erziehungs- und Familienberatung)	
<input type="radio"/> Andere: .....	

**Bitte möglichst folgende Anlagen anhängen:**

- Zeugniskopien
- Aussagen zum Lern-und Sozialverhalten/ Förderpläne
- Berichte/ Beschlüsse schulinterner Gremien
- Bescheid über Förderbedarf/ Gutachten
- Befunde außerschulischer Fachdienste

.....  
 Datum

.....  
 Vor-/Nachname d. Anmeldenden

.....  
 Funktion d. Anmeldenden

.....  
 Unterschrift d. Anmeldenden