



HARIOLF - GYMNASIUM

Partnerschule für EUROPA

voneinander • miteinander • füreinander

Oliver Lippmann
Beratungslehrer

✉ LippmannOli-HAR@schule-ellwangen.de

Für eine umfassende Beratung bitte ich um folgende Angaben,
die ich selbstverständlich **vertraulich** behandeln werde!

ANMELDEBOGEN

Persönliche Daten

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Alter:

Muttersprache: deutsch

Name Erziehungsberechtigte:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

Schulische Daten

Schule:

PLZ, Ort:

Telefon Schule:

Klasse:

Klassenlehrer/in:

Bisher besuchte Schulen:

Von Klasse ___ bis Klasse ___ Name der Schule _____

Von Klasse ___ bis Klasse ___ Name der Schule _____

Von Klasse ___ bis Klasse ___ Name der Schule _____

Besonderheiten der Schullaufbahn

vorzeitige Einschulung

Überspringen der Klasse(n) ____

Zurückstellung

Wiederholung der Klasse(n) ____

Schulwechsel

Wie häufig versäumte Ihr Kind in den letzten Jahren wegen Krankheit den Unterricht? nie selten häufig**Beschreiben Sie bitte, warum Sie eine Beratung wünschen:**

(Bitte beschreiben Sie kurz was Ihr aktuelles Anliegen ist und was Sie sich von der Beratung versprechen)

Wurde die Beratung von Dritten angeregt? nein ja, von _____**Hat Ihr Kind schon einmal Beratung, Förderung oder Therapie in Anspruch genommen? (freiwillige Angabe)** nein

Wenn ja, bei welcher Stelle und wann?

 ja**Schulnoten des letzten Zeugnisses bzw. Halbjahresinformation**

Deutsch	Mathematik	Englisch
NWT/Spanisch	Latein/Französisch	BK
Erdkunde	Geschichte	Religion/Ethik
Sport	Musik	
Mitarbeit	Verhalten	

Welcher Schulabschluss wird angestrebt? allgemeine Hochschulreife (Abitur) Fachhochschulreife mittlere Reife anderer _____

An welchen Fördermaßnahmen wird/wurde teilgenommen?	
Förderkurs in der Schule <input type="checkbox"/>	Welches Fach?: _____
Private Nachhilfe <input type="checkbox"/>	Bei wem?: _____
Sonstige Maßnahmen: <input type="checkbox"/>	Welche?: _____
Halten die Eltern / Erziehungsberechtigte Kontakt zum Klassenlehrer/zu den Fachlehrern?	
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Wie lange braucht Ihr Kind durchschnittlich für seine täglichen Hausaufgaben?			
Bis zu 1 Std. <input type="checkbox"/>	Bis zu 1 ½ Std. <input type="checkbox"/>	Bis zu 2 Std. <input type="checkbox"/>	Bis zu ___ Std.
Wird das Kind bei den schulischen Aufgaben von jemandem unterstützt?			
nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	von: _____	

Familiensituation			
Vater	Name, Vorname	Altersangabe, freiwillig	Beruf
Mutter	Name, Vorname	Altersangabe, freiwillig	Beruf
Geschwister	Name, Vorname	Altersangabe, freiwillig	Beruf oder Schule (Klasse)

Sonstiges, z.B. Sorgerechtsregelung, genaue Beschreibung besonderer Lebensumstände des Kindes...

Womit beschäftigt sich Ihr Kind am liebsten? (Häufigkeit)	
sportliche Aktivitäten	
Umgang mit Medien (Computerspiele, DVD schauen, Kinobe- such,..)	
kreativ / musisch / kul- turelle Aktivitäten	
soziale / politische Ak- tivistäten	

Mit wem kommt Ihr Kind in der Freizeit zusam- men?	nie	gelegentlich	häufig
Mit Nachbarskindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Klassenkameraden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Vereinskameraden/in Jugendgruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hat Ihr Kind körperliche Einschränkungen beim									
Sehen	<input type="checkbox"/>	Hören	<input type="checkbox"/>	Sprechen	<input type="checkbox"/>	Bewegen	<input type="checkbox"/>	Sonstige	<input type="checkbox"/>

Dieser Bogen wurde ausgefüllt von ... (Bitte alle zutreffenden ankreuzen)			
Mutter <input type="checkbox"/>	Vater <input type="checkbox"/>	andere <input type="checkbox"/>	selbst <input type="checkbox"/>
Ihre Unterschrift			
Ort, Datum			
Erziehungsberechtigte			

Die unterzeichnenden Personen versichern für das Kind sorgeberechtigt zu sein. Unterzeichnet nur eine Person, versichert diese entweder alleine sorgeberechtigt zu sein oder in Vollmacht für den oder die anderen Sorgeberechtigten zu handeln.

Testeinverständnis!

Ich bin damit einverstanden, dass die im Rahmen der Beratung erforderlichen Tests (z.B. Begabungstest, ...) durchgeführt werden dürfen.

ja nein unentschieden

Für die Beratung wäre wichtig, auch die Beobachtungen der Lehrer zu berücksichtigen. Ich will es aber nur mit Ihrer Zustimmung tun. Sind Sie damit einverstanden, dass ich mit den Lehrern spreche bzw. Testunterlagen und Auskünfte bei anderen Beratungsdiensten einhole?

ja nein Ich möchte erst später darüber entscheiden.

Sind Sie damit einverstanden, dass ich mit den an der Förderung Ihres Kindes mitarbeitenden Lehrern bzw. mit der Beratungsstelle über die Untersuchungsergebnisse spreche?

ja nein Ich möchte erst später darüber entscheiden.

Ihre Unterschrift

Ort, Datum

Erziehungsberechtigte

Informationen zur Datenerhebung sowie –verarbeitung gemäß EU-DSGVO im Rahmen der Beratung bei der Beratungslehrkraft am Hariolf-Gymnasium

Im Rahmen der Beratung bei der Beratungslehrkraft Herr Lippmann werden personenbezogene Daten erhoben und gespeichert. Die Datenerhebung erfolgt zum Zweck der Durchführung einer Beratung. Aufgrund rechtlicher Vorgaben ist die Beratungslehrkraft dazu verpflichtet, diese Unterlagen mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Beratung aufzubewahren.

Eine Weitergabe der Daten an Dritte findet nicht statt. Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten einfordern.

Hiermit bestätige ich, dass ich _____ (Name, Vorname) von Seiten der Beratungslehrkraft Herr Lippmann darüber informiert wurde, dass meine personenbezogenen Daten im Rahmen der Beratung erhoben und gespeichert werden.

Ich stimme im Rahmen der Beratung bei der Beratungslehrkraft Herr Lippmann einer Speicherung meiner personenbezogenen Daten zu.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Datum, Ort

Unterschrift

**Einwilligung zum Austausch von Informationen bzw. zur Kommunikation über elektronische Mail
im Rahmen der Beratung bei der Beratungslehrkraft am Hariolf-Gymnasium**

Hiermit bestätige ich _____ (Name, Vorname) dass ich durch die Beratungslehrkraft Herr Lippmann auf mögliche Gefahren durch den Austausch personenbezogener Daten mittels elektronischer Mail hingewiesen wurde.

Des Weiteren bin ich mir darüber im Klaren, dass ich für von mir versandte Daten die alleinige Verantwortung trage.

Ich stimme im Rahmen der Beratung bei der Beratungslehrkraft Herr Lippmann Folgendem zu:

- der Nutzung der elektronischen E-Mail zu Terminabsprachen:
ja **nein**

- der Kontaktaufnahme und Korrespondenz durch die Beratungslehrkraft Herr Lippmann (z.B. Rückfragen zu Befindlichkeit/Beratungsbedarf/Entwicklungen/Rückmeldungen etc.)
ja **nein**

- dem Versand von personenbezogenen Daten wie Zeugnisse, Gutachten, etc.
ja **nein**

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Datum, Ort

Unterschrift

Ich bedanke mich für Ihre Angaben und freue mich auf eine gute Zusammenarbeit.

Oliver Lippmann