

**Schulpsychologischer Dienst**  
**bei den Staatlichen Schulämtern Bamberg Stadt und Land**  
Kathrin Ferdin  
Grundschule Viereth-Trunstadt  
Schulstraße 12  
96191 Viereth-Trunstadt  
Tel: 09503/5000 384 Fax: 09503/921474  
[schulpsychologie.ferdin@gs-viereth-trunstadt.de](mailto:schulpsychologie.ferdin@gs-viereth-trunstadt.de)



## Anmeldung zur schulpsychologischen Beratung

Neuanmeldung  ja  nein

Nachtestung  ja  nein

Anmeldung durch die  Lehrkraft  die Erziehungsberechtigten

Die Lehrkraft / die Erziehungsberechtigten sind über die Anmeldung informiert  ja  nein

### Für wen wird die Beratung gewünscht?

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Name der Schule: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

Klassenlehrkraft: \_\_\_\_\_ Telefonnr.: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte: \_\_\_\_\_ Telefonnr.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

### Informationen zur Schullaufbahn:

Zurückstellung  ja  nein SVE (Schulvorbereitende Einrichtung)  ja  nein

Vorzeitige Schulaufnahme  ja  nein DFK (Diagnose-Förderklasse)  ja  nein

Mittagsbetreuung:  ja  nein Besuch Förderzentrum  ja  nein

Wiederholte Klassen: \_\_\_\_\_ Besuch HPT (Heilpäd. Tagesstätte)  ja  nein

Sonderpädagogischer Förderbedarf: In folgendem(n) Bereich(en): Kontaktperson MSD:

ja  nein \_\_\_\_\_

**Aktuelles Notenbild:**

(Nur Mittelschule)

M	D: RS/Sprache untersuchen	D: Texte verfassen	D: Lesen	HSU	E	PCB	GSE	AWT

**Bitte fügen Sie eine Kopie des letzten Zeugnisses bei.**

**Welche Beratung wurde bereits in Anspruch genommen?**

Beratungsstelle \_\_\_\_\_  ja  nein      JAS       ja  nein  
Therapeuten \_\_\_\_\_  ja  nein      MSD       ja  nein  
Sonstige \_\_\_\_\_  ja  nein

**Beratungsanlass (kurze Schilderung des Problems):**

---

---

---

---

---

---

---

**Ziel der Beratung:**

---

---

---

---

Ort, Datum

Unterschrift der Lehrkraft bzw. der/des Erziehungsberechtigten