

**Carina Angele, Beratungslehrerin**  
Grundschule Alling  
Schulweg 4, 82239 Alling  
Sprechstunde Tel: Mittwoch 8.15 – 9.15 Uhr  
Tel: 08142 - 4445982  
Email: carina.angele@schulberatung.gsms-ob.de

**Seite 1**

**Schuljahr 2024 / 2025**

**Anmeldung zu Beratung** (Bitte Seiten 1 und 2 ausfüllen!)

Name:	Vorname des Kindes:
geb.:	Klasse:
Klassenlehrkraft:	Schule:

Name der Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Beratungsanlass (stichpunktartig):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fand bereits eine Beratung statt?  
 nein     ja,

\_\_\_\_\_

(Name der Beratungslehrkraft / der Einrichtung / der Schulpsychologin etc.)

\_\_\_\_\_

(Datum / Zeitraum der Beratung)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

### **Einverständniserklärungen**

Ich bin darüber informiert, dass mein Sohn / meine Tochter

\_\_\_\_\_

Name des Schülers / der Schülerin

\_\_\_\_\_

Kl.

der Beratungslehrkraft vorgestellt werden soll. Mit der Durchführung notwendiger Testverfahren bin ich einverstanden.

\_\_\_\_\_

**Datum**

\_\_\_\_\_

**Unterschrift eines Erziehungsberechtigten**

.....

Ich bin damit einverstanden, dass die Testergebnisse mit der Klassenlehrkraft meines Kindes besprochen werden dürfen.

\_\_\_\_\_

**Datum**

\_\_\_\_\_

**Unterschrift eines Erziehungsberechtigten**

.....

**Bei LRS Testung unbedingt notwendig!**

Ich bin damit einverstanden, dass die Testergebnisse an Frau Bertenbreiter (Schulpsychologin) weitergeleitet werden dürfen.

\_\_\_\_\_

**Datum**

\_\_\_\_\_

**Unterschrift eines Erziehungsberechtigten**