

# Katja Kornmann

Beratungslehrerin  
Schulpsychologische Beratungsstelle Ludwigsburg  
Wernerstr. 33, 71636 Ludwigsburg  
Telefon: 07141-1508400 Fax 07141 - 1508420  
Mail: [Katja.Kornmann@zsl-rss.de](mailto:Katja.Kornmann@zsl-rss.de)



# Baden-Württemberg

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

## Anmeldebogen für Grundschule

Familienname	Vorname	Geburtsdatum
Strasse, Hausnummer	Telefon mit Vorwahl	Handy:
PLZ, Wohnort	E-Mail-Adresse:	
Staatsangehörigkeit des Kindes	Geburtsort / Geburtsland des Kindes	

Schule: Name, PLZ, Ort	Klasse	Klassenlehrer	
Besonderheiten der Schullaufbahn (Zutreffendes bitte ankreuzen)			
<input type="checkbox"/> vorzeitige Einschulung	<input type="checkbox"/> Zurückstellung	<input type="checkbox"/> Schulwechsel	<input type="checkbox"/> Wiederholen in Klasse: _____
<input type="checkbox"/> _____			_____
Schreiben Sie bitte in wenigen Worten, warum Sie eine Beratung wünschen:			
_____			
_____			
_____			

Von wem wurde die Beratung angeregt?				
<input type="checkbox"/> eigene Idee	<input type="checkbox"/> Lehrer	<input type="checkbox"/> andere Beratungsstelle	<input type="checkbox"/> Bekannte	<input type="checkbox"/> Sonstige (_____)
Haben Sie sich schon früher einmal in Schul- oder Erziehungsfragen bei einer anderen Stelle beraten lassen?				
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, bei welcher Stelle: _____		
		Wann war diese Beratung: _____		

Schulnoten des letzten Zeugnisses bzw. Halbjahresinformation		Schrift und Gestaltung	
Deutsch		Musik	
Mathematik		BK	
Englisch		Muttersprachlicher Unterricht:	
Sachunterricht			
Sport			
Religion			

An welchen Fördermaßnahmen nahm / nimmt Ihr Kind teil?

Förderunterricht Deutsch

Förderunterricht Mathematik

private Nachhilfe bei  
im Fach / den Fächern:

Unterricht bei Lese- u.  
Rechtschreibschwäche

Welche Fächer hat Ihr Kind am liebsten?

---



---

Wie lange braucht Ihr Kind im allgemeinen für seine täglichen Hausaufgaben

bis zu 1/2 Std.

bis zu 1 Std.

bis zu 1 1/2 Std.

bis zu 2 Std. o. mehr

Wer kümmert sich um die Hausaufgaben Ihres Kindes? (Mehrere Antworten möglich)

Mutter

Vater

Geschwister

Großeltern

andere Person (welche: \_\_\_\_\_)

Kind macht seine Hausaufgaben weitgehend alleine

### Familiensituation

Nachname Vater	Vorname	Alter	erlernter Beruf	ausgeübter Beruf
Nachname Mutter	Vorname	Alter	erlernter Beruf	ausgeübter Beruf
Nachname Geschwister	Vorname	Alter	Beruf oder Schule (Klasse)	

Womit beschäftigt sich Ihr Kind am liebsten in seiner Freizeit?

---



---



---



---

Mit welchen anderen Kindern kommt Ihr Kind in seiner Freizeit zusammen?

Mit Nachbarskindern	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig
Mit Klassenkameraden	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig
Mit Vereinskameraden	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig
In Jugendgruppen	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig
Sonstige _____		<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig

Hat Ihr Kind körperliche Einschränkungen beim

<input type="checkbox"/> Sehen	<input type="checkbox"/> Hören	<input type="checkbox"/> Sprechen	<input type="checkbox"/> Bewegen	<input type="checkbox"/> Sonstige: _____
				_____

Versäumte Ihr Kind in den letzten zwei Jahren wegen Krankheit den Unterricht?

<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Selten	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Oft
------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	------------------------------

**TESTEINVERSTÄNDNIS!**

Ich bin damit einverstanden, dass die im 'Rahmen der Beratung erforderlichen Tests bei meinem Kind durchgeführt werden können.

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unentschieden
-----------------------------	-------------------------------	--

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

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ich möchte erst später darüber entscheiden
-----------------------------	-------------------------------	---

Sind Sie damit einverstanden, dass ich mit dem Lehrer bzw. mit einer anderen Beratungsstelle über Ihr Kind und über die Untersuchungsergebnisse spreche?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ich möchte erst später darüber entscheiden
-----------------------------	-------------------------------	---

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

Ich bedanke mich für Ihre Angaben und hoffe auf eine gute Zusammenarbeit

Ihre  
Beratungslehrerin  
Katja Kornmann