Sekretariat des Regionalen Schuldienstes An die

026 300 77 47 Direktion des Regionalen Schuldienstes

 des Heilpädagogischen Instituts

 Petrus-Kanisius-Gasse 21

 1700 Freiburg

|  |
| --- |
| **Anmeldung für die Schuldienste VERTRAULICH** |
| **[ ]  Logopädischer Dienst** **[ ]  Schulpsychologischer Dienst** **[ ]  Psychomotorischer Dienst** |
| **Personalien des Kindes:**Name:       Vorname:       Geburtsdatum:      männlich: [ ]  weiblich: [ ]  Muttersprache:      andere Sprachen:      Name/Vorname des Vaters:       Name/Vorname der Mutter:      Adresse/PLZ/Ort:      Telefon-Nr.:       E-Mail-Adresse der Eltern:       |
| Bei getrennt lebenden Eltern **zusätzlich** Adresse/PLZ/Ort des Vaters:[ ]  resp. der Mutter: [ ]  (Bitte ankreuzen)     Telefon-Nr.:       Inhaber/in der elterlichen Sorge: Vater: [ ]  Mutter: [ ]  beide: [ ]  (Bitte ankreuzen) |
| Andere gesetzliche Vertreterin/anderer gesetzlicher Vertreter:Name:       Vorname:      Adresse/PLZ/Ort:      Telefon-Nr.:       |
| **Schulort:** Klasse:       H Schuljahr: 20  /   **Angaben zur Lehrperson/zu den Lehrpersonen:**Name und Vorname:       Telefon Schule:      Adresse:       Telefon Privat:       |

**1. Seit wann ist Ihr Kind in dieser Klasse und wo war es vorher? (Schule, Klasse, Lehrperson/en)**

**2. Grund für die vorliegende Anmeldung: (Beschreibung der Auffälligkeiten, Beobachtungen, Beispiele)**

**3. Wie erleben Sie das Kind zu Hause und in der Schule?**

**4. Was ist bisher zur Problemlösung unternommen worden? (Bei Anmeldungen für den Psychomotorischen Dienst zusätzlich noch angeben, ob und bei wem das Kind diesbezüglich ärztlich untersucht wurde.)**

**5. Was erwarten Sie vom schulpsychologischen, logopädischen oder psychomotorischen Dienst?**

**6. Wie steht die Lehrperson bzw. stehen die Lehrpersonen zur Anmeldung? (Positiv, eher ablehnend, mit Missfallen usw.)**

**7. Weitere Bemerkungen**:

**8. Zustimmung für die Weitergabe von Daten**:

 Mit ihrer Unterschrift erklärt sich die gesetzliche Vertreterin bzw. der gesetzliche Vertreter damit einverstanden, dass die im Rahmen der Abklärung gesammelten Daten sowie Informationen zur therapeutischen Behandlung mit anderen Fachpersonen (Lehrperson, Schuldirektion oder andere involvierte Fachpersonen) ausgetauscht werden können, sofern dies für die Betreuung des Kindes nötig oder hilfreich ist.

Datum:     Unterschrift:

Datum:     Unterschrift:

Bei getrenntlebenden Eltern muss die Anmeldung von beiden Elternteilen unterschrieben werden.

------------------------------------------------------------ bitte leer lassen ------------------------------------------------------------

**Bemerkungen der Direktion des Regionalen Schuldienstes:**

Datum: Unterschrift:

Verteiler: [ ]  Schulleitung/Schuldirektion

 [ ]  Eltern

 [ ]  Logopädin/Logopäde

 [ ]  Schulpsychologin/Schulpsychologe

 [ ]  Psychomotorik-Therapeutin/-Therapeut