Antrag auf Beratung durch den Beratungsdienst im Schulamtsbezirk Miltenberg

Schüler, Lehrer, Eltern. Gemeinsam Pädagogischer Dialog

Daten der Schule	
Name der Schule	Schulnummer
Telefon	E-Mail

Persönliche Daten des Schülers/ der Schülerin		
Name	Vorname	Geschlecht
PLZ, Wohnort	Straße, Hausnummer	
Geburtsdatum	Geschwister (bitte nur Geschlecht w/m/div und Alter angeben)	

Personensorgeberechtigung

☐ gemeinsam ☐ alleinig

☐ Personensorgeberechtigte(r) 1: Name, Vorname

☐ Personensorgeberechtigte(r) 2: Name, Vorname

☐ Sonstige: Name, Vorname / Institution

Informationen zur Schullaufbahn	
Klasse	Name, Vorname der Klassenleitung
Einschulungsjahr	Zurückstellung / Inanspruchnahme Korridor ☐ ja ☐ nein
Schulbesuch ☐ regelmäßig ☐ unregelmäßig	Anzahl der Fehltage im laufenden Schuljahr
Nichtversetzungen (bitte Klassenstufen angeben)	Ursächliche Fächer für Nichtversetzungen

Freiwilliger Rücktritt oder Überspringen einer Klassenstufe (bitte Datum und Klassenstufe angeben)

Anlass für den Beratungsbedarf

Bitte erläutern Sie nachfolgend den Anlass für den Beratungsbedarf und geben Sie eine Kurzeinschätzung zum Schüler/ zur Schülerin mit den Ihrer Meinung nach wichtigen Aspekten (zum Beispiel bezüglich des Sozialverhaltens oder der emotional-sozialen Entwicklung) an!

Welche Personen/ Institutionen sind oder waren im Fall unterstützend involviert? (Mehrfachnennungen möglich)	
☐ Beratungslehrer/in	☐ Jugendamt (zum Beispiel ASD, Familienhilfe)
☐ Vertrauenslehrer/in	☐ Andere Beratungsstelle:
☐ Schulsozialarbeiter/in	☐ Psychotherapie
☐ MSD/Sonderpädagoge/in	☐ Ergotherapie
☐ Schulpsychologe/in	☐ Logopädie
	☐ Sonstiges:

Erwartungen/ Fragestellungen an den Beratungsdienst

Aktueller Stand Leistungen Lesen/Rechtschreiben/Mathematik

Die von **allen** Personensorgeberechtigten unterzeichnete Einwilligungserklärung ist dem Antrag beigefügt.

Antragsteller/in	
Name	Vorname
Funktion	
Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers/ der Antragstellerin

Kenntnis genommen	
Unterschrift der Schulleitung	Unterschrift des Beratungsdienstes

Einwilligungserklärung

Schüler, Lehrer, Eltern. Gemeinsam Pädagogischer Dialog

Ich willige / wir willigen ein, dass mein / unser Kind

Name, Vorname	
Geburtsdatum	Geschlecht

dem Beratungsdienst im Schulamtsbezirk Miltenberg vorgestellt wird und gegebenenfalls testpsychologische Untersuchungen durchgeführt werden.
Ich willige / wir willigen ein, dass ein Mitarbeiter / eine Mitarbeiterin des Beratungsdienstes Kontakt mit einem Vertreter der u. g. Personensorgeberechtigten aufnimmt.
Ich willige / wir willigen darüber hinaus ein, dass ein Mitarbeiter / eine Mitarbeiterin des Beratungsdienstes Einsicht in die Schülerakte sowie sonstige mein / unser Kind betreffende Unterlagen der Schule nehmen darf.

Die Einwilligung ist freiwillig. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Ich bin / wir sind über die Folgen der Verweigerung der Einwilligung unterrichtet worden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung nicht berührt.

Kontaktdaten aller Personensorgeberechtigten		
Personensorgeberechtigte(r) 1	Name	Vorname
Anschrift		
Telefon	E-Mail	
Personensorgeberechtigte(r) 2	Name	Vorname
Anschrift		
Telefon	E-Mail	
Sonstige/ Institution	Name/ Institution	Vorname
Anschrift		
Telefon	E-Mail	

Unterschrift/en <u>aller</u> Personensorgeberechtigten	
Ort, Datum	Ort, Datum
Unterschrift Personensorgeberechtigte(r) 1/ Sonstige/ Institution	Unterschrift Personensorgeberechtigte(r) 2

SCHUL BERATUNG

Schüler, Lehrer, Eltern. Gemeinsam Pädagogischer Dialog

Schweigepflichtentbindung für _____

(Name der Person, die von der Schweigepflicht befreit wird)

Bezüglich eines Informationsaustauschs und zur Weitergabe notwendiger Unterlagen

zu Schülerin/Schüler:

geboren am:

wohnhaft in:

in der Klasse:

an der Schule:

Folgende Personen dürfen sich gegenseitig zum Wohle des Kindes austauschen.

(Name)

- ☐ Lehrkraft _____
- ☐ Schulleitung _____
- ☐ Beratungslehrer/in _____
- ☐ Schulpsychologe/in _____
- ☐ Mobiler Sonderpädagogischer Dienst _____
- ☐ Allgemeiner Sozialer Dienst _____
- ☐ Hort / Kindertagesstätte / Mittagsbetreuung _____
- ☐ Facharzt/ärztin _____
- ☐ Therapeut/in _____
- ☐ Psychologe/in _____
- ☐ Jugendsozialarbeiter/in an Schulen _____
- ☐ _____ _____
- ☐ Einsichtnahme in bereits vorhandene Unterlagen wird gestattet.
- ☐ Die Weitergabe der Unterlagen bei Wechsel der zuständigen Schulpsychologin / des zuständigen Schulpsychologen wird gestattet.

Ich bin / wir sind einverstanden, dass **Auskunft gegeben und eingeholt** wird.

_____ _____

Ort/Datum Unterschrift (Erziehungsberechtige/r)

Sollte die Unterschrift des/der weiteren Erziehungsberechtigten nicht vorhanden sein, wird diese Person vom unterzeichnenden Erziehungsberechtigten über das Einverständnis informiert.
Zweck der Verarbeitung ist die Erfüllung der uns vom Gesetzgeber zugewiesenen öffentlichen Aufgaben.
Die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ergibt sich, soweit nichts anderes angegeben ist, aus Art. 4 Abs. 1 des Bayerischen Datenschutzgesetzes (BayDSG) in Verbindung mit Art. 6 Abs. 1 Buchstabe e der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Demnach ist es uns erlaubt, die zur Erfüllung einer uns obliegenden Aufgabe erforderlichen Daten zu verarbeiten.

Soweit Sie in eine Verarbeitung eingewilligt haben, stützt sich die Datenverarbeitung auf Art. 6 Abs. 1 Buchstabe a DSGVO.