Schulpsychologie und Schulärztlicher Dienst Anmeldung: Mo und Do 8 – 12 Uhr

Beratungsstelle Krems Tel. 02732/70069

Wachaustraße 42-48/Top A 404 psy.krems@bildung-noe.gv.at

3500 Krems psy.krems-land@bildung-noe.gv.at

Schulstempel: Datum

Die Schulleitung ersucht um die schulpsychologische Begutachtung/Untersuchung des nachstehend angeführten Kindes.

Die Erziehungsberechtigten sind mit der Anmeldung, Vorstellung und gegebenenfalls mit der Erstellung/Übermittlung eines Gutachtens einverstanden.

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten Unterschrift der Schulleitung

**A N M E L D E B O G E N** Bitte in **D R U C K S C H R I F T** ausfüllen!

Name:

geboren:

Schule:

Bezirk:

Klasse/Schulstufe:

KlassenlehrerIn(-vorstand):

Name der/des Erziehungsberechtigten:

Adresse: Tel. Nr.:

Anmeldegrund:

Schulbahn: Schuljahr: ...../..... ...../..... ...../..... ...../..... ...../...... ...../..... ...../...... ...../.....

 Schulstufe:

**Letzte Zeugnisnoten:**

D M E

**LEISTUNG/ARBEITSVERHALTEN:**

(Einschätzung der intellektuellen Fähigkeiten; Mitarbeit; besondere Leistungsstärken/ Schwierigkeiten in; körperliche Geschicklichkeit; Hausübungen; Kontakt zu Erziehungsberechtigten; bereits durchgeführte Maßnahmen)

**SOZIALVERHALTEN:**

(Verhalten gegenüber MitschülerInnen in der Klasse und während der Pause; Verhalten gegenüber LehrerInnen)

**SONSTIGE INFORMATIONEN:**

(Vorbefunde, besondere Vorkommnisse, familiärer Hintergrund, durchgeführte und geplante Maßnahmen etc.)

**FRAGESTELLUNG an die Schulpsychologie:**

 Unterschrift des/der KlassenlehrerIn