



Mittelschule Mühldorf  
Sabine Kluge  
Europastraße 3  
84453 Mühldorf am Inn

Telefon: 08638 959-3400

Email: info-msl@schulen-waldkraiburg.de

Internet: www.franz-liszt-mittelschule.de

Fax: 08638 959-3405

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

---

### Terminvereinbarung

Sehr geehrte Frau Kluge,

anbei erhalten Sie die Unterlagen für einen Beratungstermin.

Mit freundlichen Grüßen

---

Erziehungsberechtigte/r

### Anhang:

- Anmeldebogen Eltern
- Zeugniskopien der letzten beiden Schuljahre
- Kopien aussagekräftiger Leistungsnachweise (bei Verdacht auf L- und / oder R-Störung)
- Kopien schülerrelevanter Unterlagen (ärztliche Gutachten, Förderdiagnostischer Bericht)

Schulpsychologie im Landkreis Mühldorf am Inn  
**Anmeldebogen für Eltern**

Allgemeine Daten d. Schülerin / Schülers		
Familiennamen		Vorname
Geburtsdatum	Klasse	Schulbesuchsjahr

Weitere Angaben
<b>Klassenlehrer/in:</b>
<b>Wiederholung:</b> <input type="checkbox"/> ja, folgende Jahrgangsstufe: ____ <input type="checkbox"/> nein
<b>Lese- und/oder Rechtschreibstörung:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Förderdiagnostischer Bericht:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Allgemeine Daten d. Erziehungsberechtigten	
Name Erziehungsberechtigte/r	
Anschrift	
Erreichbarkeit	
Telefon:	Handy:
E-Mail-Adresse von Erziehungsberechtigten:	

Beratungsanlass

Bisherige Maßnahmen

Datum

Unterschrift d. Erziehungsberechtigten

# Schulpsychologie im Landkreis Mühldorf am Inn

## Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde/n ich / wir die Beratungslehrerin **Frau Kluge** und die folgenden Personen von der gegenseitigen Schweigepflicht:

- Klassenlehrer/in: \_\_\_\_\_
- Jugendsozialarbeit an Schulen: Anike Burger
- Schulleitung: Alexander Ruß, Michael Knieb
- Schulpsychologe / -psychologin: \_\_\_\_\_
- Beratungslehrer/in: \_\_\_\_\_
- Fachärzte: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift d. Erziehungsberechtigten

## Weitergabe von Schülerunterlagen

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass die Klassenleitung beratungsrelevante Unterlagen (Zeugnissen, Leistungsnachweisen, usw.) an die Beratungslehrerin **Frau Kluge**

- weitergeben darf.
- nur bedingt weitergeben darf. Diese sind:  
\_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift d. Erziehungsberechtigten

## Einverständnis Testdurchführung

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass standardisierte Testverfahren zur Diagnostik

- eingesetzt werden dürfen.
- nur nach vorheriger ausführlicher Aufklärung darüber eingesetzt werden dürfen.

Datum

Unterschrift d. Erziehungsberechtigten