

# Peggy Gampfer, Beratungslehrerin

Kontakt:

[beratung.gampfer@gmx.de](mailto:beratung.gampfer@gmx.de)

☎ 07032- 9549290 (Sekretariat GS Tailfingen)



Grundschule Tailfingen

Kirchgasse 6

71126 Gäufelden-Tailfingen

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

## ANMELDEBOGEN Grundschule / Orientierungsstufe (Klassen 1-6)

Familienname	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		Telefon mit Vorwahl
PLZ, Wohnort		
E-Mailadresse (wenn Sie darüber gut zu erreichen sind)		

Schule: Name, PLZ, Ort	Klasse	Klassenlehrer/in:
Besonderheiten der Schullaufbahn (Zutreffendes bitte ankreuzen):		
vorzeitige Einschulung <input type="checkbox"/>	Zurückstellung <input type="checkbox"/>	Schulwechsel <input type="checkbox"/>
Wiederholen in Klasse: <input type="checkbox"/>		

## Schulnoten des letzten Zeugnisses bzw. Halbjahresinformation (Bei allgemeinen verbalen Beurteilungen evtl. Kopien beilegen)

Deutsch	Englisch							
Mathematik	Sport							
MNK								

**Schreiben Sie in wenigen Worten, warum Sie eine Beratung wünschen:**


**Von wem wurde die Beratung angeregt?**

eigene Idee     Lehrer     andere Beratungsstelle     Bekannte     Sonstige

--

**Haben Sie sich schon früher einmal in Schul- und Erziehungsfragen bei einer anderen Stelle beraten lassen?**

Nein     ja

Wann war die Beratung? Bei welcher Stelle?

--

**An welchen Fördermaßnahmen nahm / nimmt Ihr Kind teil?**

Stützunterricht     Stützunterricht     Unterricht bei Lese-/Recht-     private   
Deutsch    Mathematik    schreibschwäche    Nachhilfe

**Welche Fächer hat Ihr Kind am liebsten?**


Wie lange braucht Ihr Kind im Allgemeinen für seine täglichen Hausaufgaben?			
bis zu ½ Std.	<input type="checkbox"/>	bis zu 1 Std.	<input type="checkbox"/>
bis zu 1 ½ Std.	<input type="checkbox"/>	bis zu 2 Std. oder mehr	<input type="checkbox"/>
Wer kümmert sich um die Hausaufgaben Ihres Kindes?			
Mutter	<input type="checkbox"/>	Vater	<input type="checkbox"/>
Geschwister	<input type="checkbox"/>	Großeltern	<input type="checkbox"/>
andere Personen	<input type="checkbox"/>	welche?	
Kind macht Hausaufgaben weit gehend allein <input type="checkbox"/>			

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

Womit beschäftigt sich Ihr Kind am liebsten?			
sportliche Aktivitäten	mediale Aktivitäten	kreativ / musisch / kulturelle Aktivitäten	soziale Aktivitäten
Wandern <input type="checkbox"/>	Fernsehen <input type="checkbox"/>	Malen <input type="checkbox"/>	Gesellschaftsspiele <input type="checkbox"/>
Rad fahren <input type="checkbox"/>	Video schauen <input type="checkbox"/>	Basteln / Handarbeiten u.ä. <input type="checkbox"/>	zu Hause mitarbeiten <input type="checkbox"/>
Fußball / Handball / Tennis o.ä. <input type="checkbox"/>	Computerspiele <input type="checkbox"/>	Lesen <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tanzen (Ballett) <input type="checkbox"/>	Musik hören <input type="checkbox"/>	Musizieren <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Theater spielen <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Mit welchen anderen Kindern kommt Ihr Kind in der Freizeit zusammen?</b>			
Mit Nachbarskindern	nie <input type="checkbox"/>	gelegentlich <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>
Mit Klassenkameraden	nie <input type="checkbox"/>	gelegentlich <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>
Mit Vereinskameraden	nie <input type="checkbox"/>	gelegentlich <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>
In Jugendgruppen	nie <input type="checkbox"/>	gelegentlich <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>
Sonstige:		gelegentlich <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>

<b>Hat Ihr Kind körperliche Einschränkungen beim</b>				
Sehen <input type="checkbox"/>	Hören <input type="checkbox"/>	Sprechen <input type="checkbox"/>	Bewegen <input type="checkbox"/>	Sonstige: <input type="checkbox"/>
<b>Versäumte Ihr Kind in den letzten zwei Jahren wegen Krankheit den Unterricht?</b>				
Nie <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	gelegentlich <input type="checkbox"/>	oft <input type="checkbox"/>	

<b><u>Testeinverständnis!</u></b>	
<b>Ich bin damit einverstanden, dass die im Rahmen der Beratung erforderlichen Tests durchgeführt werden.</b>	
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> Unentschieden, weil <input type="checkbox"/>
<b>Für die Beratung wäre wichtig, auch die Beobachtungen des Lehrers/der Lehrerin zu berücksichtigen. Ich möchte dies aber nur mit Ihrer Zustimmung tun. Sind Sie damit einverstanden, dass ich mit Lehrern/innen spreche bzw. Testunterlagen und Auskünfte bei anderen Beratungsdiensten einhole?</b>	
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> Ich möchte erst später darüber entscheiden <input type="checkbox"/>
<b>Sind Sie damit einverstanden, dass ich mit dem Lehrer/der Lehrerin bzw. mit anderen Beratungsstellen über die Untersuchungsergebnisse spreche?</b>	
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> Ich möchte erst später darüber entscheiden <input type="checkbox"/>
Datum: _____	
Unterschrift: _____	

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

**Ihre Beratungslehrerin**