



Gotthard-Müller-Schule  
 Grund- und Gemeinschaftsschule  
 La Souterrainer Straße 9  
 70794 Filderstadt  
 Telefon: (0711) 707092-10  
 Telefax: (0711) 707092-29  
 e-mail: sekretariat@gms-filderstadt.de  
 Internet: http://www.gms-filderstadt.de

**Anja Dahlmann**, Beratungslehrerin

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

**ANMELDEBOGEN Grundschule**

Familiennamen	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		
Telefonnummern (Mutter, Vater, eventuell auch mobil, geschäftlich)	E-Mail-Adresse	
PLZ, Wohnort		

<b>Schule</b>		
Schule: Name, PLZ, Ort	Klasse	Klassenlehrer/in:

<b>Besonderheiten bei der Einschulung</b>		
Vorzeitige Einschulung	Zurückstellung	Schulwechsel vor/in Kl.:
Wiederholung von Kl.:	überspringen von Kl.:	

**Bitte beschreiben Sie in Stichworten, warum Sie eine Beratung wünschen/welche Fragen die Beratung klären soll:**

- 
- 
- 
- 
-

**Sonstiges, z.B. Trennung der Eltern (Datum), Sorgerechtsregelung, neue Lebenspartner der Eltern, abweichende Adressen, genaue Beschreibung besonderer Lebensumstände des Kindes**

**Von wem wurde die Beratung angeregt?**

eigene Initiative	Lehrer	andere Beratungsstellen	Bekannte/ Freunde	Sonstige:
-------------------	--------	-------------------------	-------------------	-----------

**Haben Sie sich schon *früher* einmal in Schul- und Erziehungsfragen bei einer anderen Stelle beraten, bzw. Ihr Kind testen oder behandeln lassen? (Bitte ggf. Kopien der Unterlagen beilegen)**

Nein	Ja (Wo?):
Wenn ja, bei welcher Einrichtung / Arzt / Klinik?	
Was wurde unternommen (Testung, Behandlung, Training)?	
Welche Auffälligkeiten wurden festgestellt?	

**Befindet sich Ihr Kind *zurzeit* in einer Behandlung (z.B. ärztliche, logo-/ergo-psychotherapeutisch; bitte ggf. Kopien der Unterlagen beilegen)?**

Nein	Ja (Wo?):
Welche Testungen, bzw. Trainings oder Behandlungen werden durchgeführt?	
Bei welcher Einrichtung / Arzt / Klinik?	
Welche Auffälligkeiten wurden festgestellt?	

**Schulnoten des letzten Zeugnisses, bzw. Halbjahresinformation (Bitte Zeugniskopie beilegen)**

Verhalten		Deutsch		weitere Fächer:		weitere Fächer:		weitere Fächer:	
Mitarbeit		Mathematik							
Religion		Teilnahme AG:							
Fremdsprache									
Fremdsprache									

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

Stützunterricht/Deutsch	Stützunterricht /Mathematik	Unterricht bei Lese-/ Rechenschwäche	private Nachhilfe
-------------------------	-----------------------------	--------------------------------------	-------------------

**Welche Fächer hat Ihr Kind**

... am liebsten?	... am wenigsten gern?

**Wie lange braucht Ihr Kind im Allgemeinen für seine täglichen Hausaufgaben?**

bis zu ½ Stunde	bis zu 1 Stunde	bis zu 1 ½ Stunden	länger als 1 ½ Stunden
-----------------	-----------------	--------------------	------------------------

### Wer unterstützt Ihr Kind bei den Hausaufgaben?

Mutter/ Vater	Geschwister/ andere:	Kind macht HA weitgehend selbständig
---------------	----------------------	--------------------------------------

### Familiensituation

*Vater	Vorname	Alter	Beruf
*Mutter	Vorname	Alter	Beruf
Geschwister	Vorname	Alter	Beruf oder Schule (Klasse)

\* Falls abweichend vom Namen des angemeldeten Kindes, **bitte unterstreichen**

### Womit beschäftigt sich Ihr Kind am liebsten?

<b>Sport:</b>	<input type="checkbox"/> Rad fahren <input type="checkbox"/> Wandern <input type="checkbox"/> Tanzen/Ballett <input type="checkbox"/> Fußball/Handball o.Ä. <input type="checkbox"/> sonstiges:
<b>Medien:</b>	<input type="checkbox"/> Fernsehen/Video <input type="checkbox"/> Computerspiele <input type="checkbox"/> Musik hören <input type="checkbox"/> sonstiges:
<b>Kreatives:</b>	<input type="checkbox"/> Theater spielen <input type="checkbox"/> Malen/Basteln <input type="checkbox"/> Musizieren <input type="checkbox"/> Handarbeiten <input type="checkbox"/> Lesen <input type="checkbox"/> sonstiges:
<b>Soziale / politische / kirchliche Aktivitäten</b>	<input type="checkbox"/> zuhause mitarbeiten <input type="checkbox"/> Teilnahme an kirchlicher Gruppe (z. B. CVJM) <input type="checkbox"/> Gesellschaftsspiele <input type="checkbox"/> sonstiges:

### Mit wem kommt Ihr Kind in der Freizeit zusammen?

Mit Nachbarskindern	nie	gelegentlich	häufig
Mit Klassenkameraden	nie	gelegentlich	häufig
Mit Vereinskameraden	nie	gelegentlich	häufig
Mit Kindern in Jugendgruppen	nie	gelegentlich	häufig
Sonstige:	nie	gelegentlich	häufig

### Hat Ihr Kind körperliche Einschränkungen beim ...?

Sehen	Hören	Sprechen	Bewegen	andere:

### Versäumte Ihr Kind in den letzten zwei Jahren wegen Krankheit den Unterricht?

nie	selten	gelegentlich	häufig
-----	--------	--------------	--------

