

Beratungsziel: Was soll durch die Zusammenarbeit mit der Schulpsychologischen Beratungsstelle erreicht werden?

Was wurde / wird bisher innerhalb der Schule unternommen (z.B. Gespräche, Förderunterricht, Rück-/Vorversetzen, schulische Beratung, ...)?

Was wurde / wird bisher außerhalb der Schule unternommen (z.B. Arztbesuche, Beratungsstellen, Nachhilfe, Therapien, ...)?

Welche Stärken hat der*die Schüler*in?

Die Eltern/Sorgeberechtigten entbinden die Lehrkraft und den Schulpsychologen/die Schulpsychologin gegenseitig von der gesetzlichen Schweigepflicht, um schulpsychologische Beratung zu ermöglichen. Ich bin/Wir sind mit der Speicherung und Verarbeitung der in diesem Formular erhobenen personenbezogenen Daten (Name, Geschlecht, Geburtsdatum, Angaben zur Familie, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Angaben zur Erreichbarkeit, Beratungsanliegen, persönlichen Sichtweisen und bisherigen Lösungsansätzen) für die interne Nutzung (Verteilung im Team, Terminvereinbarungen, Bearbeiten des Anliegens) in der Schulpsychologischen Beratungsstelle für die Stadt Dortmund gemäß den angefügten Datenschutzrechtlichen Hinweisen zur Verarbeitung personenbezogener Daten nach Art. 13, 14 DSGVO einverstanden. Die Schweigepflichtentbindung und das Einverständnis zur Speicherung von Daten erfolgen auf freiwilliger Basis. Sie können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Datum, Unterschrift **aller Sorgeberechtigten**

(Bei gemeinsamem Sorgerecht werden **beide Unterschriften** benötigt.)

Datum, Unterschrift der **Lehrkraft**

Datum, Unterschrift **Schüler*in**

(freiwillig, bei Volljährigkeit notwendig)

Weitere
Information
zur Beratung:

