|  |  |
| --- | --- |
| Anmeldung zur schulpsychologischen Beratung  neu zugewanderter Schülerinnen/ Schüler | |
| Vorname: | Name: |
| Geburtsdatum: | Geschlecht:  Mädchen:  Junge:  Sonstiges: |
| Herkunftsland: | Sprache: |
| In Deutschland seit: | Klassenstufe:  Schulbesuchsjahre im Heimatland: |
| Deutschkenntnisse Schüler\*in:    Erstförderung?: | Schüler\*in lebt in Deutschland zusammen mit: |
| Mutter  Name:  Alter:  Deutschkenntnisse: | Vater  Name:  Alter:  Deutschkenntnisse: |
| Geschwister: | Sorgerecht für Schüler\*in liegt bei: |
| Unterstützende Hilfen durch:    Flüchtlingshelfer\*in:    Dolmetscher\*in: | Wohnort Schüler\*in:  Straße:  Art der Unterbringung:  Telefonnummer: |
| Liegt eine Schweigepflichtentbindung vor? | Name Lehrer\*in:  Telefonnummer:  Schule: |
| Welche Schwierigkeiten sieht die Schule bei Schüler\*in: | Welche Schwierigkeiten sehen die Eltern bei Schüler\*in: |

Ort, Datum Unterschrift