

## Gemeinsame Anmeldung

Für einen erfolgreichen Beratungsprozess durch die Schulpsychologie ist die aktive Zusammenarbeit der Beteiligten wichtig. **Hiermit bitten wir gemeinsam um schulpsychologische Beratung zu folgender Fragestellung:**

---

---

### Angaben zum Kind

Nachname:	_____	Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____	Geschlecht:	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d
Straße:	_____	PLZ / Ort:	_____
Schule:	_____	Klasse:	_____

### Erreichbarkeit der Eltern

E-Mail-Adresse:	_____	Telefonnr:	_____
-----------------	-------	------------	-------

### Kontaktperson in der Schule

Name:	_____	Funktion:	_____
E-Mail-Adresse:	_____	Telefonnr:	_____

Ich wünsche den Kontakt zu dem Schulpsychologen/der Schulpsychologin vor dem ersten Treffen mit meinem Kind. (ggf. ankreuzen)

### Ich entbinde den Schulpsychologen / die Schulpsychologin von der Schweigepflicht gegenüber den in der Schule beteiligten Personen.

Für die Beratung ist die elektronische Verarbeitung persönlichen Daten von mir und meinem Kind durch den Kreis Gütersloh nötig, die gemäß der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) erfolgt. **Damit bin ich einverstanden.** Weitere Informationen finden Sie unter: <https://www.kreis-guetersloh.de/unser-kreis/verwaltung/dsgvo/>.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Erziehungsberechtigte/r: \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Kontaktperson(en) in der Schule: \_\_\_\_\_