

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:**

Kontaktperson in der Schule

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

Angaben zum Kind

Nachname: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Geschlecht: ☐ w ☐ m ☐ d
Straße: _____ PLZ / Ort: _____
Schule/Teilstandort: _____ Klasse: _____

Erreichbarkeit der Eltern (bitte unbedingt beides angeben)!

E-Mail-Adresse: _____ Telefonnr.: _____

☐ Ich wünsche den Kontakt zu dem Schulpsychologen/der Schulpsychologin vor der ersten Begegnung 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: _____