Carina Angele, Beratungslehrerin
Grundschule Alling
Schulweg 4, 82239 Alling
Sprechstunde Tel: Donnerstag 12.30 – 13.30 Uhr
Tel: 08141-730-8124
Email: carina.angele@schulberatung.gsms-ob.de

Schuljahr 2026 / 2027

Anmeldung zu Beratung (Bitte Seiten 1 und 2 ausfüllen!)

Name:	Vorname des Kindes:
geb.:	Klasse:
Klassenlehrkraft:	Schule:

Name der Erziehungsberechtigten: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____ Mail: _____

Beratungsanlass (stichpunktartig):

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Fand bereits eine Beratung statt?
☐ nein ☐ ja,

_____
(Name der Beratungslehrkraft / der Einrichtung / der Schulpsychologin etc.)

_____
(Datum / Zeitraum der Beratung)

Datum: _____ Unterschrift: _____

Einverständniserklärungen

Ich bin darüber informiert, dass mein Sohn / meine Tochter

_____
Name des Schülers / der Schülerin Kl.

der Beratungslehrkraft vorgestellt werden soll. Mit der Durchführung notwendiger Testverfahren bin ich einverstanden.

_____ _____
Datum **Unterschrift eines Erziehungsberechtigten**

.....

Ich bin damit einverstanden, dass die Testergebnisse mit der Klassenlehrkraft meines Kindes besprochen werden dürfen.

_____ _____
Datum **Unterschrift eines Erziehungsberechtigten**

.....

Bei LRS Testung unbedingt notwendig!

Ich bin damit einverstanden, dass die Testergebnisse an Frau Carolin Staufer (Schulpsychologin) weitergeleitet werden dürfen.

_____ _____
Datum **Unterschrift eines Erziehungsberechtigten**