



- Schulpsychologischer Dienst -  
Wolfratshauer Straße 30, 82049 Pullach  
@: CEsser@prmv.de

### Anmeldung zur Beratung

Familienname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Schuljahr \_\_\_\_\_ Klasse \_\_\_\_\_

Klassenlehrer/in \_\_\_\_\_ Erzieher/in \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

### Beratungsanlass

(z.B. Probleme beim Lesen und/oder Rechtschreiben, Übertritt, Lernberatung)

---

---

---

### Bereits eingeleitete/durchgeführte Maßnahmen

(z.B. Förderkurse, Nachhilfe, Untersuchungen anderer Stellen,)

---

---

---

### Weitere hilfreiche Angaben

---

---

Schulpsychologische Beratung ist kostenlos und unterliegt der Schweigepflicht.

Entbindung der Schweigepflicht gegenüber:

Klassenlehrer/in  Klassenerzieher/in  Therapeut/in

Testdiagnostik:  meine Tochter/ mein Sohn darf getestet werden.

Datum, Unterschrift eines Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Vielen Dank für die Angaben. Ich werde mich innerhalb einer Woche mit Ihnen in Verbindung setzen.

Cornelia Esser Termin: \_\_\_\_\_