

Schulpsychologische Beratungsstelle der Stadt Münster · Tel. 0251/ 492-4081 · schulpsy@stadt-muenster.de

An die
Schulpsychologische Beratungsstelle
der Stadt Münster

Klosterstraße 33
48143 Münster

Klienten Nr. _____

MA 40.3:

(wird von der Beratungsstelle ausgefüllt)

Anmeldung zur Teilnahme an einer schulübergreifenden Supervisionsgruppe (für Lehrkräfte und schulische Fachkräfte)

Name

tätig als

Schule

Telefon

E-Mail

Anstellungsträger

Gruppenwahl

Für welche der folgenden Supervisionsgruppen möchten Sie sich anmelden?

Für Schulsozialarbeiter*innen:

Hauptwahl:

Di. 8:30 – 10:30 Uhr:

SP1_Bender

SP2_Gebker

Alternativwahl:

Di. 8:30 – 10:30 Uhr:

SP1_Bender

SP2_Gebker

Mi. 8:30 – 10:30 Uhr:

SP3_Jaepfelt

SP4_Woitschitzke

Mi. 8:30 – 10:30 Uhr:

SP3_Jaepfelt

SP4_Woitschitzke

Für Lehrkräfte:

Mi. 14:30 – 16:30 Uhr:

- Ich erkläre mich einverstanden, dass mein Name und meine Schulzugehörigkeit vor Beginn der Gruppentermine an meine Supervisionsgruppe weitergegeben werden darf.
- Die Hinweise zum Datenschutz (s. Hinweisblatt oder www.schulpsychologie.muenster.de) habe ich zur Kenntnis genommen und melde mich hiermit verbindlich zur Teilnahme an einer Supervisionsgruppe an.

Ort, Datum

Unterschrift