

Schulpsychologische Beratungsstelle der Stadt Münster · Tel. 0251/ 492-4081 · Fax: 0251/ 492-7950 · schulpsy@stadt-muenster.de

An die
Stadt Münster
Der Oberbürgermeister
Amt für Schule und Weiterbildung
Schulpsychologische Beratungsstelle

Fall Nr. _____

MA 40.3:

(wird von der Beratungsstelle ausgefüllt)

Klosterstraße 33
48143 Münster

Anmeldung zur Beratung für volljährige Schüler*innen (gemeinsam auszufüllen von Schule und Schüler*in)

Kontaktdaten

Schüler*in

Name Vorname(n)

Geburtsdatum

Anschrift

Telefon E-Mail

Schule Klasse

Geschlecht weiblich männlich divers offen

Muttersprache Deutsch andere:

Geschwister Anzahl Anmerkung:

Eltern (sofern diese an Beratung teilnehmen können/sollen)

Name(n)

Anschrift

Telefon

E-Mail

Anmerkung

Lehrkraft oder pädagogische Fachkraft

Name Funktion

Telefon E-Mail

Erreichbarkeit
(z.B. Wochentag/Zeit)

Beratungsanliegen

Worum geht es?

Beschreiben Sie bitte Ihr Beratungsanliegen in Stichpunkten.

Was ist das Ziel?

Was wollen Sie in Zusammenarbeit mit der Schulpsychologischen Beratungsstelle erreichen?

Welche Schritte wurden schon unternommen?

Welche schulischen Unterstützungs- oder Beratungsangebote wurden bereits umgesetzt?
(z.B. Förderplanung, Einbeziehung des schulischen Beratungsteams, etc.)

Werden Sie von Fachkräften außerhalb der Schule unterstützt?

ja nein

Optional: Wenn ja, um welche Unterstützungsangebote/Maßnahmen handelt es sich z.B.?

Erziehungsberatung	Jugendamt	
Ergotherapie	Logopädie	Lerntherapie
Kinder-/Jugendpsychotherapie	andere Fachkräfte:	

Möchten Sie uns hierzu etwas mitteilen?

(z.B. Ergebnisse einer Diagnostik, Stellungnahmen, Empfehlungen anderer Fachdienste)

Was möchten Sie uns sonst noch mitteilen?

Haben Sie weitere Hinweise, die für die Beratung wichtig sind?

Erklärungen und Unterschrift

- Die Hinweise zum Datenschutz (Hinweisblatt oder www.schulpsychologie.muenster.de) haben wir zur Kenntnis genommen.
- Das Formular „Einverständniserklärungen“ fügen wir unterschrieben bei.

Hiermit melden wir uns gemeinsam zur schulpsychologischen Beratung an.

Ort, Datum

Unterschrift Schüler*in

Unterschrift Lehrkraft /pädagogische Fachkraft