

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

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

Klosterstraße 33
48143 Münster

Klienten Nr. _____

MA 40.3:

(wird von der Beratungsstelle ausgefüllt)

Anmeldung zur Teilnahme an einer schulübergreifenden Supervisionsgruppe (für Lehrkräfte)

Name _____

Schule _____

Telefon _____

E-Mail _____

Zeitenfenster: mittwochs 14:30 Uhr und 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