



Anna-Lena Göhner
Beratungslehrerin

Mail: beratung@schickhardt-gms.de

Schickhardtschule GMS bilingual
Schickhardtstr. 30, 70199 Stuttgart

Tel.: 0711-21691630

Name der Schülerin/des Schülers:	Vorname:	Geburtsdatum:
Adresse:		
Telefonnummer:		
Email-Adresse:		
Name der Schule:	Klasse/Lerngruppe:	Klassenlehrer/in:

Beschreiben Sie bitte, weshalb Sie die Beratung wünschen:

Besuchte die Schülerin/der Schüler einen Kindergarten oder Hort?

ja, von:

bis:

nein

Gab es Besonderheiten in der Schullaufbahn?

(z.B. vorzeitige Einschulung, Zurückstellung, Klassenwechsel, Schulwechsel, Klassenwiederholung)

Welche Noten/Niveaus standen im letzten Zeugnis/LEB?

Deutsch _____

Andere wichtige Fächer _____

Mathe _____

Englisch _____

Was mag die Schülerin/der Schüler in der Schule besonders?

(z.B. Fächer, Personen, sonstiges)

Was mag die Schülerin/der Schüler in der Schule nicht?

(z.B. Fächer, Personen, sonstiges)

Wie lernt die Schülerin/der Schüler zu Hause? (Hausaufgaben, lernen für Tests)

allein

mit Hilfe von: _____

meist gemeinsam mit: _____

anders: _____

Die Aufgaben zu machen dauert ungefähr _____ Stunden.



Anna-Lena Göhner
Beratungslehrerin

Mail: beratung@schickhardt-gms.de

Schickhardtschule GMS bilingual
Schickhardtstr. 30, 70199 Stuttgart

Tel.: 0711-21691630

Wie viele Tage fehlte die Schülerin/der Schüler in diesem Schuljahr? _____ Tage
Warum?

Was macht die Schülerin/der Schüler in der Freizeit? (Hobbys, Vorlieben, Vereine)

Wie ist der Kontakt zu anderen Kindern oder Jugendlichen?

- fühlt sich allein wohl hat enge Freundschaft
 fühlt sich in Gruppen wohl hätte gern mehr Kontakt
 anderes:

Gibt es besondere Eigenschaften, Neigungen, Begabungen, Einschränkungen der Schülerin/des Schülers, die Sie uns mitteilen wollen?

Haben Sie oder die Schülerin/der Schüler schon Unterstützung gesucht?

- Logopädie von _____ bis _____ Psychotherapie von _____ bis _____
 Ergotherapie von _____ bis _____ Lerntherapie von _____ bis _____
 Nachhilfe Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)
 Rehabilitationseinrichtung sonstiges:

Gibt es besondere Ereignisse im Leben der Schülerin/des Schülers?
(z.B. Krankheiten, Krankenhausaufenthalt, Umzug, Tod eines wichtigen Menschen, Scheidung)

Was möchten Sie uns sonst noch mitteilen?

Familie:	Name	Vorname	Alter	Beruf/Schule und Klasse
Vater				
Mutter				
Schwester/Bruder				
Schwester/Bruder				
Schwester/Bruder				

Wer lebt mit der Schülerin/dem Schüler im Haushalt?

Wer ist sorgeberechtigt? _____

Wer füllte diesen Fragebogen aus? _____ Datum: _____

Vielen Dank! Ich freue mich sehr darauf, Sie kennenzulernen.