**VERTRAULICH**

Schulpsychologische Beratungsstelle Fax: 02581-53 42 49

des Kreises Warendorf E-Mail: schulberatung@kreis-warendorf.de

Düsternstraße 55

**48231 Warendorf**

**Anmeldung als**

[ ]  Lehrkraft

[ ]  Schulsozialarbeiter\*in

[ ]  Schulleitung

[ ]  Sonstige

Name, Vorname:

Schule / Ort:

Die Anmeldung erfolgt vertraulich. Die Schule wird nicht über Ihre Anmeldung informiert, es sei denn, Sie haben nur die Kontaktdaten der Schule angegeben.

**Wie möchten Sie von uns kontaktiert werden?**

[ ]  **privat**

Anschrift:

Telefon privat:       von       bis       Uhr

E-Mail privat:

[ ]  **über die Schule**

Anschrift:

Telefon Schule:       von       bis       Uhr

E-Mail dienstlich:

**Die Anmeldung erfolgt aus folgendem Anlass:**

[ ]  individuelle Beratung (z.B. zum Umgang mit Schüler\*innenverhalten, zur Reflexion des

 eigenen Unterrichts, zu schulbezogenen Belastungen etc.)

[ ]  Beratungswunsch zum Thema:

**Bitte schildern Sie kurz Ihr Beratungsanliegen!**

**Was möchten Sie selber verändern?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Datum Unterschrift

Einverständniserklärung über die Speicherung personenbezogener Daten

Ich stimme zu, dass die von mir angegebenen Daten durch die Regionale Schulberatungsstelle zum Zwecke interner Verfahrensabläufe in einem elektronischen System gespeichert werden. Diese Daten sind nur durch Mitarbeiter\*innen der Beratungsstelle und nicht durch Dritte einsehbar und werden im Rahmen der gesetzlichen Fristen gelöscht. Die Mitarbeiter\*innen unterliegen über den Datenschutz hinaus der Schweigepflicht nach § 203 StGB.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Ort Datum Unterschrift