**Lehrerfragebogen zur Zusammenarbeit mit der Schulpsychologischen Beratungsstelle**

.

**VERTRAULICH**

Schulpsychologische Beratungsstelle Fax: 02581-53 42 49

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

Düsternstraße 55

**48231 Warendorf**

**Von der Klassenlehrerin / dem Klassenlehrer auszufüllen**

Name des Kindes:       Klasse:

Name der Schule:

Schulort:

Name Klassenlehrer/ -in:

Telefon privat:      von       bis       Uhr

E-Mail privat:

Telefon Schule:      von       bis       Uhr

Welchen **Beratungswunsch** haben Sie?

Was möchten Sie selber verändern?

In welchen Fächern unterrichten Sie die Schülerin / den Schüler?

Wer außer Ihnen sollte noch an dem Beratungsprozess beteiligt werden? Name?

Co-Klassenleitung [ ]

Fachlehrer/in [ ]

Sonderpädagoge/gin [ ]

Beratungslehrer/in [ ]

Schulsozialarbeiter/in [ ]

Rechenschwächebeauftragte/r [ ]

LRS-Beauftragte/r [ ]

Mitarbeiter/innen des Ganztags [ ]

Schulleitung [ ]

Andere, und zwar:

Beschreiben Sie bitte das  **Lern- und Leistungsverhalten** der Schülerin/des Schülers!

Beschreiben Sie bitte das  **Sozialverhalten** (Unterricht, Pause etc.) der Schülerin/des Schülers!

Wie ist die Schülerin/der Schüler in die **Klassengemeinschaft** eingebunden?

Beschreiben Sie bitte das **Arbeitsverhalten** (Konzentration, Hausaufgaben etc.) der Schülerin/des Schülers!

Woran hat die Schülerin/der Schüler Freude? Wo ist sie/er erfolgreich?

Sind Sie - falls erforderlich - damit einverstanden, dass der Schulpsychologe/die Schulpsychologin im Unterricht hospitiert?

 [ ]  ja [ ]  nein

**Weitere Bemerkungen:**

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

 Datum Unterschrift