**Fragebogen für Lehrkräfte 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 dem/der Klassenlehrer\*in 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 den/die Schüler\*in?

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

Co-Klassenleitung [ ]

Fachlehrer\*in [ ]

Sonderpädagog\*in [ ]

Beratungslehrer\*in [ ]

Schulsozialarbeiter\*in [ ]

Rechenschwächebeauftragte\*r [ ]

LRS-Beauftragte\*r [ ]

Mitarbeiter\*innen des Ganztags [ ]

Schulleitung [ ]

Andere, und zwar:

Beschreiben Sie bitte das  **Lern- und Leistungsverhalten**!

Beschreiben Sie bitte das  **Sozialverhalten** (Unterricht, Pause etc.)!

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

Beschreiben Sie bitte das **Arbeitsverhalten** (Konzentration, Hausaufgaben etc.)!

Woran hat der/die Schüler\*in? Wo ist er/sie erfolgreich?

Sind Sie - falls erforderlich - damit einverstanden, dass der/die Schulpsycholog\*in im Unterricht hospitiert?

 [ ]  ja [ ]  nein

**Weitere Bemerkungen:**

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

 Datum Unterschrift