

Schulpsychologischer Dienst

Passstraße 27

52070 Aachen

Tel.: 0241 432-45509

Fax.: 0241 432-45529

schulpsychologie@mail.aachen.de

Der Oberbürgermeister

**Anmeldung zur Schulpsychologischen Beratung****- Fortbildung und Supervision –****für pädagogische Fachkräfte, die an Schulen der Stadt Aachen tätig sind**

Schule: _____

Aktenzeichen**Sys** _____

Ansprechpartner: _____

Schulleitung

Klassenlehrer

Fachlehrer

andere: _____

Straße (Schule): _____

PLZ/Ort: _____

Tel. Schule: _____

Privat/Handy: _____

E-Mail: _____

Telefonische Erreichbarkeit: _____

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass der Schulpsychologische Dienst die Daten gem. § 4 Abs.1 Datenschutzgesetz Nordrhein Westfalen (DSG NRW) für interne Zwecke speichert, auswertet und benutzt. Diese Einwilligung kann mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen werden.

Aachen, den: _____

Unterschrift: _____

(wird vom Schulpsychologischen Dienst ausgefüllt)

Eingang:

Zuständiger Schulpsychologe:

Fragebogen zur Fortbildung und Supervision

1. Was ist der aktuelle Anlass Ihrer Anfrage?

2. Was haben Sie bereits unternommen? Welche Maßnahmen haben Sie eingeleitet?

3. Welche anderen pädagogischen Fachkräfte sollten ggf. einbezogen werden oder teilnehmen?

4. Was soll durch die schulpsychologische Beratung oder Fortbildung erreicht werden?

Sobald die Anmeldung bei uns eingegangen ist, werden wir uns mit Ihnen in Verbindung setzen, um ein persönliches Gespräch zu vereinbaren.