

Anmelde-/Kontaktformular

Termin/ Datum: _____

Name des betreffenden Kindes: _____

Geburtsdatum des Kindes: _____

Schule: _____ Klasse: _____

Klassenlehrer/in: _____

Name der Eltern/Sorgeberechtigten: _____

Adresse: _____

Tel.: _____

evt. Email: _____

Anliegen: Welche Schulschwierigkeiten möchten Sie mit mir besprechen? Bitte ankreuzen:

- | | | |
|---|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Konzentration | <input type="checkbox"/> Motivation | <input type="checkbox"/> Ängste/Unsicherheiten |
| <input type="checkbox"/> Lernen/ Arbeitsverhalten | <input type="checkbox"/> Deutsch | <input type="checkbox"/> Mathematik |
| <input type="checkbox"/> Schullaufbahnberatung | <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

Kurze Beschreibung der Schwierigkeit:
