



Aufnahmediagnostik an der AKB (Bogen A) (minderjährige Schüler)

1. Anamnesebogen A

a) Angaben zum Schüler/zur Schülerin

Nachname		Vorname	
Anschrift			Telefon
Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit	in Deutschland seit	

b) Angaben zur Familie

Vater	Ausgeübter Beruf	Anschrift/Telefon (falls von Schüleradresse abweichend)
Mutter	Ausgeübter Beruf	Anschrift/Telefon (falls von Schüleradresse abweichend)
Zahl der Geschwister	Geburtsjahre	

c) Angaben zur zuletzt besuchten Schule

Name der Klassenleitung	Name der Schule
-------------------------	-----------------

d) Besonderheiten in der Entwicklung/Krankheitsgeschichte

<input type="checkbox"/> Frühgeburt <input type="checkbox"/> Mehrlingsgeburt	
<input type="checkbox"/> Körperbehinderung <input type="checkbox"/> Hörschädigung <input type="checkbox"/> Sehschädigung (Brille)	

<input type="checkbox"/> akute Behinderung aufgrund einer Verletzung	

<input type="checkbox"/> Sonstige: _____	
Ist der/die Schüler/in geimpft? <input type="checkbox"/> Ja, gegen _____	
Spätere Einschulung (Alter)	
Schulwechsel	War der/die Schüler/in schon einmal an einer Förderschule? Wenn Ja, welche? _____



e) Bisherige Unterstützungsmaßnahmen

Therapien/ Fördermaßnahmen (außerschulisch und schulisch)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Legasthenie <input type="checkbox"/> Dyskalkulie <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ _____ Name der Einrichtung oder des/der Therapeuten/in, Telefon: _____
Kontakte zu Institutionen (Hort, Erziehungsberatung, Hausaufgabenhilfe, Fachdienste wie Kinderpsychiater, Psychologen)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn Ja, Name des/der Betreuers/in oder Therapeuten/in, Telefon: _____
Kontakte zum Beratungslehrer/ Schulpsychologen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn Ja, Name des Lehrers/Schulpsychologen, Telefon: _____
Bisherige Inanspruchnahme Mobiler Sonderpädagogischer Dienste	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn Ja, Name des/der MSD-Mitarbeiters, Telefon: _____

f) Wer hat Ihren Sohn/ Ihre Tochter an die Adolf-Kolping-Berufsschule geschickt?

Name/ Telefon

g) Warum wurde Ihr Sohn/ Ihre Tochter an die Adolf-Kolping-Berufsschule geschickt?

--

h) Welche Klasse möchte Ihr Sohn/Ihre Tochter an der Adolf-Kolping-Berufsschule besuchen?

BVJ, AQJ, JOA, Fachklasse (Ausbildung)	Fachbereich:
--	--------------

Ich habe **vollständig** und nach bestem Wissen den Anamnesebogen ausgefüllt:

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten



2. Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass

_____, geboren am _____
Name, Vorname

im Rahmen der Aufnahmediagnostik der Adolf-Kolping-Berufsschule München mit einem standardisierten Intelligenzverfahren getestet wird, und Informationen über den Schüler von der abgebenden Schule abgefragt werden dürfen (Bogen B).

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

3. Beratung zur Schullaufbahn

Die rechtlichen und tatsächlich zur Verfügung stehenden schulischen Lernorte sind mir bekannt und ich wünsche die Aufnahme in die Adolf-Kolping-Berufsschule in München.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten