

**Einverständniserklärung zur Anmeldung beim Schulpsychologischen Dienst BL
und Schweigepflichtentbindung**

Nachname		Vorname		Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	Geburtsdatum
Strasse		Ort		Herkunftsland	Erstsprache
Mutter / Gesetzlicher Vertreter 1 Name, Vorname Adresse (falls anderslautend) Telefonnummer E-Mail-Adresse		Vater / Gesetzlicher Vertreter 2 Name, Vorname Adresse (falls anderslautend) Telefonnummer E-Mail-Adresse		Zivilstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> in eingetragener Partnerschaft <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> aufgelöste Partnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	Sorgerecht <input type="checkbox"/> Beide <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Andere: Kind in CH seit
				AHV-Nummer (Kind)	
Lehrperson 1 Name, Vorname Telefonnummer E-Mail-Adresse			Lehrperson 2 Name, Vorname Telefonnummer E-Mail-Adresse		
Klasse	Stufe	Schulhaus	Schulort	Telefon Schule	
Anmeldegrund (nur Stichworte; ausführlich auf Fragebogen)					

Wer hat die Anmeldung veranlasst? Eltern Lehrperson Schulleitung

Anderer Anmelder (Funktion):

Mit der Anmeldung erklären wir uns einverstanden, dass der Schulpsychologische Dienst (SPD) mit den zuständigen Fachpersonen der Schulorganisation (z.B. Schulleitungen, Lehrpersonen, Logopädischer Dienst, Psychomotorik), und falls notwendig allfällig weiteren externen Fachpersonen oder Institutionen, mündliche und schriftliche Informationen zu unserem Kind einholen kann und Einsicht in relevante Unterlagen erhält. Ebenso sind wir damit einverstanden, dass der SPD den für Empfehlungen allfälliger schulischer Massnahmen zuständigen Stellen Bericht über das Ergebnis der Abklärung und Beratung erstatten kann.

Insbesondere sind wir damit einverstanden, dass der SPD bei den Fachpersonen der Schulorganisation etwaige Kopien erhält, soweit dies für die Abklärung und Beratung notwendig ist.

→ Bitte Rückseite beachten resp. ausfüllen

Mit der Anmeldung erklären wir uns damit einverstanden, dass der SPD und die unten bezeichneten Fachstellen von der Schweigepflicht entbunden sind und Daten über unser Kind austauschen können.

Name und Vorname des Kindes ist oder war in Behandlung bei (z. B. KJP, Physio- und/oder Ergotherapie, Logopädie, Kinderärztin oder Kinderarzt):

Fachstelle/Institution (Adresse/Tel. Nummer)

Kontaktperson (Vorname/Name)

Fachstelle/Institution (Adresse/Tel. Nummer)

Kontaktperson (Vorname/Name)

Die Einverständniserklärung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Ort, Datum

Ort, Datum

.....

.....

Unterschrift Erziehungsberechtigte

Unterschrift Jugendliche/Jugendlicher
(ab 12 Jahren erforderlich)

.....

.....

Für weitere Informationen stehen Ihnen die untenstehenden Stellen oder die Internetadresse: <http://www.schulpsychologie.bl.ch> zur Verfügung.

Bitte senden Sie dieses Anmeldeformular mit den erforderlichen Beilagen an die für Sie zuständige Stelle:

Für den **cVYfYb`? UblrcbghY].**
Schulpsychologischer Dienst BL
Wasserturmplatz 5
4410 Liestal
Tel: 061 552 70 00

Für den **i bhYfYb`? UblrcbghY].**
Schulpsychologischer Dienst BL
Gorenmattstrasse 19
4102 Binningen
Tel: 061 552 70 10

Für das **Laufental:**
Schulpsychologischer Dienst BL
Enge Gasse 10
4242 Laufen
Tel: 061 552 70 40

Für die ; **Ya YjbXYb`Ai HhYbn#DfUHY`b.**
Schulpsychologischer Dienst BL
Bahnhofstrasse 8
4132 Muttenz
Tel: 061 552 70 00

Für die ; **Ya YjbXYb`5`gW k J#GW`bYbVi W .**
Schulpsychologischer Dienst BL
Baslerstrasse 255
4123 Allschwil
Tel: 061 552 70 10