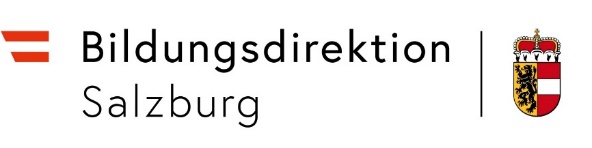
Schulpsychologie und schulärztlicher Dienst Nord/ Salzburg Stadt

HRin Mag.a Claudia Leithner

Claudia.leithner@bildung-sbg.gv.at

+43 662 8083-4101

Aignerstraße 8, 5020 Salzburg



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

Schule Datum

**Anmeldung zur schulpsychologischen Unterstützung\***

1. **Name und Geburtsdatum des Schülers/der Schülerin**

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

**Klasse**

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

1. **Anlass -** kurze Problemdarstellung
2. **Konkrete Fragestellung an die Schulpsychologie**

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

..................................................... .....................................................

Klassenvorstand SchulleiterIn / DirektorIn

**\*) Der Erstkontakt für hilfesuchende Schüler/innen ist von der Anmeldung mittels Anmeldeformular**

**ausgenommen.**