

Anfragebogen

Bitte in Druckbuchstaben oder digital ausfüllen.

Anfrage durch

- Sorgeberechtigte Jugendamt Schule / SIBUZ
 Pflegeeltern KJP

**Zentrum für Schulische und
Psychosoziale Rehabilitation**

Mail: kontakt@zspr.de
Fax: (030) 30 35 - 59 79

Name: _____

Spandauer Damm 130
14050 Berlin

Mail: _____ Tel.: _____

für

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: _____

Erziehungs- und Sorgeberechtigte/n

Name: _____

Name: _____

Vorname: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

Anschrift: _____

Telefonnr.: _____

Telefonnr.: _____

Mobil: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

E-Mail: _____

Schule

Herkunftsschule: _____

Aktuelle Klassenstufe: _____

Sonderpädagogischer Förderbedarf: _____

SIBUZ: _____

Jugendamt

Bezirksamt: _____

Sozialarbeiter*in: _____

Stellenzeichen: _____

Telefonnr.: _____

E-Mail: _____

Anschrift: _____

Anfragebogen

Aktuelle Situation

Grund für die Anfrage:

Psychiatrische Vorbefunde / Diagnose(n):

Ambulante, teil- / stationäre Hilfe(n)

ambulante / teilstationäre / stationäre Behandlung von _____ bis _____

im / bei: _____

ambulante / teilstationäre / stationäre Behandlung von _____ bis _____

im / bei: _____

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass die angegebenen personenbezogenen Daten für die Aufnahmeplanung verarbeitet und gespeichert werden dürfen. Ich kann meine Einwilligung jederzeit schriftlich widerrufen. Kann keine Aufnahme im Zentrum für Schulische und Psychosoziale Rehabilitation (ZSPR) erfolgen, werden die Daten gelöscht.

Ort, Datum

Unterschrift(en)

Bitte beachten Sie, dass wir im weiteren Aufnahmeprozess nur vollständig ausgefüllte Anfragebögen berücksichtigen können.

Ein eingereichter Anfragebogen stellt keine Garantie für eine Aufnahme im ZSPR dar.