

Schulpsychologische Beratungsstelle der Stadt Münster · Tel. 0251/ 492-4081 · Fax 0251/ 492-7950 · schulpsy@stadt-muenster.de

An die
Schulpsychologische Beratungsstelle
der Stadt Münster

Klosterstraße 33
48143 Münster

Klienten Nr. _____

MA 40.3:

(wird von der Beratungsstelle ausgefüllt)

Anmeldung zur Teilnahme an einer schulübergreifenden Supervisionsgruppe (für Lehrkräfte und schulische Fachkräfte)

Name tätig als...

Schule

Telefon

E-Mail

Anstellungsträger

Hintergrund

Nehmen Sie aktuell an einem Supervisionsangebot der Schulpsychologischen Beratungsstelle teil? Wenn ja, an welcher Gruppe? (Name Leitung)

Gruppenwahl

Für welche der folgenden Supervisionsgruppen möchten Sie sich anmelden?

Für Schulsozialarbeiter*innen:

Mo. 9 bis 11 Uhr

Di. 8.30 bis 10.30 Uhr

Mi. 8.30 bis 10.30 Uhr

Für Lehrkräfte:

Mi. 15 bis 17 Uhr

Für Beratungslehrkräfte:

Mo. 15 bis 17 Uhr

Die Hinweise zum Datenschutz (s. Hinweisblatt oder www.schulpsychologie.muenster.de) habe ich zur Kenntnis genommen und melde mich hiermit verbindlich zur Teilnahme an einer Supervisionsgruppe an.

Ort, Datum:

Unterschrift