STADT MÜNSTER
Amt für Schule
und Weiterbildung

Schulpsychologische Beratungsstelle der Stadt Münster · Tel. 0251/ 492-4081 · 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 _____

Gruppenwahl

Für welche der folgenden Supervisionsgruppen möchten Sie sich anmelden?

Für Schulsozialarbeiter*innen:

Erstwahl:		*Zweitwahl:*	
Di. 8:30 – 10:30 Uhr:		Di. 8:30 – 10:30 Uhr:	
SP1_Bender	☐	SP1_Bender	☐
SP2_Gebker	☐	SP2_Gebker	☐
Mi. 8:30 – 10:30 Uhr:		Mi. 8:30 – 10:30 Uhr:	
SP3_Jaeppelt	☐	SP3_Jaeppelt	☐
SP4_Woitschitzke	☐	SP4_Woitschitzke	☐

Für Lehrkräfte:

Mi. 14:00 – 16:00 Uhr:

LK1_Holl ☐

☐ Ich erkläre mich einverstanden, dass mein Name und meine Schulzugehörigkeit vor Beginn der Gruppentermine an meine Supervisionsgruppe weitergegeben werden darf.

☐ 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