

Schule: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Tel./ Fax: \_\_\_\_\_

An  
Hasetalschule  
- Mobiler Dienst ES -  
Prof.-von-Klitzing-Str. 3  
49610 Quakenbrück

Tel.: (0 54 31) 24 24 und 9 22 46 Fax: (0 54 31) 9 22 21

**Beratung durch den für den nördlichen Landkreis Osnabrück zuständigen  
Mobilen Dienst Emotionale und Soziale Entwicklung**

Schüler/in: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

Klassenlehrer/in: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Hiermit wird für den/ die o.a. Schüler/in um Beratung durch den Mobilen Dienst gebeten.

Erziehungsberechtigte: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Beschreibung der Probleme:

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

Was wurde bisher unternommen (z.B. Gespräche mit Eltern, Sozialer Dienst, Jugendamt usw., bitte mit Ansprechpartner)?

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

Die Erziehungsberechtigten wurden durch die Schule über diesen Antrag benachrichtigt

ja  nein

\_\_\_\_\_  
Klassenlehrer/in

\_\_\_\_\_  
Schulleiter/in