

**Beratungsstelle für  
Lernschwierigkeiten in Mathematik**



Frau  
Dr. Julia Weinsheimer  
PH Weingarten  
Kirchplatz 2

88250 Weingarten

**Kontaktformular für interessierte Eltern  
Anmeldung zur Erstdiagnose**

Datum:

|   |   |   |
|---|---|---|
| Name des Kindes:  |   | m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> |
| Geburtstag:   |   |   |
| Name eines Erziehungsberechtigten:  |   |   |
| Straße:   |   |   |
| Wohnort:  |   |   |
| Telefon (Festnetz und Mobil):   |   |   |
| Schule:   |   | Klasse:   |
| Ort:  |   |   |
| Klassenlehrer/in:   |   |   |
| Bitte kreuzen Sie an, wann Sie <b>keine Zeit</b> für ein Beratungsgespräch haben: |   |   |
| <input type="checkbox"/> Montagnachmittag   | <input type="checkbox"/> Dienstagnachmittag | <input type="checkbox"/> Mittwochnachmittag           |
| <input type="checkbox"/> Donnerstagnachmittag                                     | <input type="checkbox"/> Freitagnachmittag  |   |
| Bitte beschreiben Sie in zwei, drei Sätzen die Schwierigkeiten Ihres Kindes.      |   |   |