|  |  |
| --- | --- |
| Bildungs- und Kulturdirektion  Erziehungsberatung  EB Bern  Effingerstrasse 12  3011 Bern  +41 31 633 41 41  [gruppentherapie.eb.bern@be.ch](mailto:gruppentherapie.eb.bern@be.ch)  [www.eb.bkd.be.ch](http://www.eb.bkd.be.ch) | ANMELDUNG |
| |  | | --- | |  | |  | |
|  |

**Psychotherapeutische Gruppe für Kinder und Jugendliche**

Alter: Wählen Sie ein Element aus.  Neuanmeldung

Geschlecht: Wählen Sie ein Element aus. Wiederanmeldung

Besuchte Klasse:

Name und Vorname:       EB Bern KG-Nr.

Geburtsdatum:

Adresse, PLZ, Ort:

wohnt bei: Mutter: (Name)       (Vorname)        
 Adresse (falls abweichend):

Vater: (Name)       (Vorname)        
 Adresse (falls abweichend):

🕿 Tel. Mutter:      Tel. Vater:

E-Mail von Mutter und Vater:

Herkunftsland:       Sprache:

**Gruppenpräferenzen:**

**▪** Gruppe für Knaben mit sozialen Herausforderungen (10-13 J.) MO 16.00 – 18.00

**▪** Gruppe «Gemeinsam stark» (8-12 J.)\* DI 16.00 – 17.45

**▪** Kinder aus Trennungs- und Scheidungssituationen (9-12 J.) MI 14.00 – 16.00

**▪** Gesprächsgruppe für Mädchen – Hetake (14-18 J.)Mi 17.00 – 19.00

**▪** Outdoor, Gruppe für Kinder mit sozialen Hemmungen und Ängsten (9-13 J.) DO 16.00 – 17:30   
 (Start: August)

**▪** Gruppe für sozial unsichere, schüchterne Kinder (9-12 J.) DO 16.00 – 18:00

* Kinder aus Trennungs- und Scheidungssituationen (7-9 J.)Fr 13.30 – 15.30

**\****Eintritt jederzeit möglich - nach Gespräch mit der Gruppenleitung.*

**Zuweisende Fachperson**

Name: Adresse:

Institution: Telefonnummer:

Funktion: E-Mail:

**Anmeldungsgründe:**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Zielsetzungen / Erwartungen Gruppenbesuch:**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Datum:**

**Unterschrift der Eltern:**

**Unterschrift zuweisende Fachperson:**