Schulstempel/Schullogo

**Beratungsantrag**

**Schuljahr** ..............................

**Stufe im WieNGS** ..............................

|  |  |
| --- | --- |
| Name der Schule |  |
| Adresse der Schule |  |
| Schulkennzahl |  |
| Telefon/Fax |  |
| E-Mail |  |
| Name des Schulleiters/der Schulleiterin |  |
| Name des Gesundheitskoordinators/der Gesundheitskoordinatorin |  |
| Anzahl der Schulklassen und SchülerInnen |  |
| Anzahl der LehrerInnen |  |
| Anzahl der nicht unterrichtenden Personen |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Welche Art von Beratung wird gewünscht?** | **O Beratung bei Schulentwicklung****O Beratung bei Gesundheitsförderungsprojekten****O Inhaltliche Gesundheitsförderungsberatung****O anderes:** |
| **Gab es schon Beratung an Ihrer Schule in der Vergangenheit?** | **O Ja O Nein****Wenn ja, zu welchen Themenbereichen und mit wem?** |
| **Gibt es ein Schulentwicklungsteam an Ihrer Schule?** | O Ja O Nein Wenn ja, seit wann und wie viele Mitglieder und wird dieses Team bei der Beratung miteinbezogen?Seit wann:Anzahl Mitglieder:Einbezug: O Ja O Nein |
| **Ist Gesundheit Teil Ihres Schulleitbildes?** | O Ja O Nein |
| **Welche Erwartungen haben Sie an die gewünschte Beratung?****Falls Sie einen speziellen Beratungswunsch (Person, Thema) haben, bitte hier angeben (inkl. E-Mail und Tel.-Nr.).** |  |

**Erläuterungen zum Ablauf eines Beratungsprozesses im WieNGS:**

* Bitte den unterzeichneten Antrag per Email an tina.svoboda-pyka@wig.or.at übermitteln.
* Bitte verwenden Sie in jedem Fall das Formular als Grundlage für den Beratungsantrag.
* Dann erfolgt Kontaktaufnahme mit Ihnen und ein Erstgespräch mit einer/m Beraterin/Berater, um Details zu klären.
* Wenn Ziele/Erwartungen des Prozesses geklärt sind, ist Start des Beratungsprozesses.
* Wir möchten Sie darüber informieren, dass Ihre Beraterin/Ihr Berater dem WieNGS-Team nach Abschluss des Beratungsprozesses einen Kurzbericht legen muss.
* Darüber hinaus würden wir Sie bitten, nach Abschluss des Beratungsprozesses einen Evaluationsfragebogen über die Zufriedenheit mit der Beratung an Ihrer Schule auszufüllen.

................ ................................................ ...............................................

**Datum KoordinatorIn SchulleiterIn**