

Mosaik Leipzig e. V.
Kinder u. Jugendbereich
PSZ Leipzig
Peterssteinweg 3

Anmeldedatum:

Fallnummer:



**Регистрационный формуляр для получения консультации/помощи
в психосоциальном центре г. Лейпциг (PSZ Leipzig)**

Клиентская регистрация (ребенок/подросток до 18 лет)

Имя:	
Фамилия:	
Пол:	
Дата рождения:	
Улица:	
Почтовый индекс/город:	
Телефон:	
Форма проживания:	☐ центр первичного приема (EAE) ☐ общежитие (GU) ☐ отдельная/частная квартира ☐ совместный съем квартиры (WG) ☐ патронатная семья ☐ иная:
Страна происхождения:	
Гражданство:	
Посещение детского сада/школы:	
Вероисповедание:	
Наличие опекуна:	☐ нет ☐ да (укажите контактные данные)
Какой у ребенка/подростка вид на жительство или статус убежища?	
Пребывание в Германии с:	
Потребность в переводчике/переводчице:	☐ да ☐ нет Если да, то для какого языка:

Контактное лицо (☐ мать ☐ отец ☐ специалист..... ☐ иное)

Имя:	
Фамилия:	
Должность/учреждение:	
Телефон:	
Электронная почта:	
Адрес:	
Расскажите, откуда вы узнали о	

нас:	
------	--

Причина обращения и симптомы:

Причина регистрации: (Нынешние трудности/что вас беспокоит)	
Заболевания/физические жалобы:	
Принимает ли ребенок лекарства?	О да О нет
Если да, перечислите их:	
Лечащий врач:	
Особые семейные обстоятельства:	
Особые жизненные обстоятельства:	

Я даю свое согласие на хранение и обработку моих персональных данных со стороны PSZ Leipzig. Мне известно, что я могу в любое время отозвать данное согласие и что я могу запросить у PSZ Leipzig информацию о хранящихся обо мне данных. (например, по электронному адресу datenschutz@mosaik-leipzig.de).

Дата _____ Подпись (контактное лицо) _____

Дата _____ Подпись (родитель/опекун 1) _____

Дата _____ Подпись (родитель/опекун 2) _____