



Sonderpädagogischer Dienst

Einverständnis der Eltern zur Kooperation

Schülerin / Schüler	
Name	Vorname weibl. <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum, Geburtsort	Staatsangehörigkeit
Schule, Klasse, Klassenlehrer/in	

Erziehungsberechtigte	
Name der Mutter	Name des Vaters
ggf. andere Erziehungs- oder Sorgeberechtigte	
Straße, PLZ, Wohnort	Straße, PLZ, Wohnort
Telefon	Telefon

Was ist Ihr Anliegen?

Einverständnis	
<p>Hiermit gebe ich mein / Hiermit geben wir unser Einverständnis zur Durchführung von Kooperationsmaßnahmen durch eine Sonderschullehrkraft der Federbachschule, um den Förderbedarf meines/ unseres Kindes abzuklären. Die Beratung schließt auch pädagogische-psychologische Tests ein.</p>	
Datum	Unterschrift/en des/der Erziehungsberechtigten