****

**Sonderpädagogischer Dienst**

**Einverständnis der Eltern**

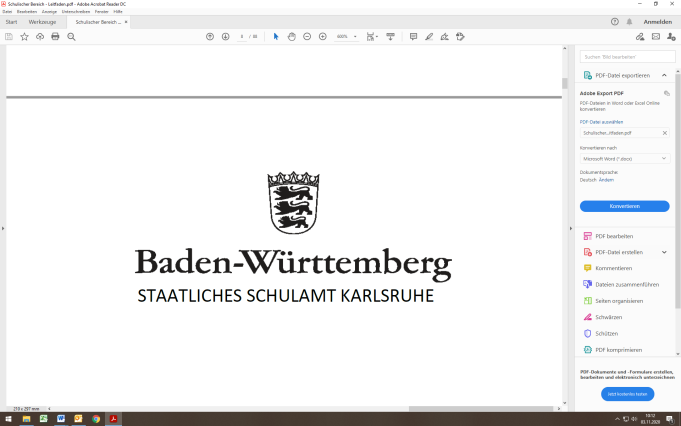
**zur Kooperation**

|  |  |
| --- | --- |
| **Schülerin / Schüler** |  |
| Name | Vorname weibl. männl. |
| 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 |
| E-Mail-Adresse | E-Mail-Adresse |

|  |
| --- |
| **Was ist Ihr Anliegen?** |
|  |

|  |
| --- |
| **Einverständnis** |
| Hiermit gebe ich mein / wir unser Einverständnis zur Durchführung von Kooperationsmaßnahmen (z.B. Beratung, Diagnostik, Förderplanung) durch den Sonderpädagogischen Dienst der Federbachschule (Sonderpädagogisches Bildungs- und Beratungszentrum mit dem Förderschwerpunkt emotionale und soziale Entwicklung), um den Förderbedarf meines/ unseres Kindes abzuklären und Fördermaßnahmen vorzuschlagen.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Datum Unterschrift/en des/der Erziehungsberechtigten |



SopäDi November 2020