

Einverständnis der Erziehungsberechtigten zur Kooperation

| Schüler/in | |
|--------------------------|---|
| Name | Vorname |
| Geburtsdatum, Geburtsort | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich |
| Schule, Klasse | Klassenlehrer/in |

| Erziehungsberechtigte | |
|---|----------------------|
| Name der Mutter | Name des Vaters |
| Ggf. anderer Erziehungs- oder Sorgeberechtigter | |
| Straße, PLZ, Wohnort | Straße, PLZ, Wohnort |
| Telefon | Telefon |
| E-Mail-Adresse | E-Mail Adresse |

Hiermit gebe ich mein/ geben wir unser Einverständnis zur Durchführung von Kooperationsmaßnahmen (z.B.: Beratung, Diagnostik, Förderplanung) durch den Sonderpädagogischen Dienst der Pestalozzischule (SBBZ mit dem Förderschwerpunkt Lernen), um den Förderbedarf meines / unseres Kindes abzuklären.

Datum

Unterschriften des/ der Erziehungsberechtigten