

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Name der Eltern: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_ Geschwister: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: privat \_\_\_\_\_ sonstige: \_\_\_\_\_

Klasse/Lehrkraft: \_\_\_\_\_

Schule: \_\_\_\_\_ Zurückstellung:  ja  nein

Klassenwiederholung:  ja  nein Jahrgangsstufe: \_\_\_\_\_

Grund der Zurückstellung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mit der Lehrkraft habe ich bereits gesprochen:  ja  nein

Grund der Beratung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bereits durchgeführte Maßnahmen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Einverständniserklärung**

Ich erkläre mich einverstanden, dass Kontakt

- mit der Schulleitung, mit Erzieherinnen im Kindergarten
- mit Beratungsfachkräften,
- mit der Klassenlehrerin und in der Klasse unterrichtenden Lehrkräften
- mit der zuständigen Schulpsychologin
- mit Therapeuten aufgenommen werden kann und
- diagnostische Testverfahren durchgeführt werden.**

**Die angeführten Partner sind damit von der Schweigepflicht entbunden.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r