

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