

Einverständniserklärung zur Kooperation

Kind

Name	Vorname
Geburtstag	Geburtsort
Schule	Klasse
KlassenlehrerIn	
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	

Erziehungsberechtigte

Name / Vorname Mutter*	
Name / Vorname Vater*	
Straße	Hausnummer
PLZ	Ort / Teilort
Telefon / Handy	
eMail	

* abweichende Adressdaten bitte auf der Rückseite vermerken

ggf. weitere Sorge- / Erziehungsberechtigte

Name / Stellung zum Kind
Name / Stellung zum Kind

Einverständnis

Hiermit geben wir unser Einverständnis zur Durchführung von Kooperationsmaßnahmen durch den SonderPädagogischen Dienst der Mönchswaldschule Kraichtal.
Die Maßnahmen dienen dazu, den Förderbedarf meines Kindes abzuklären und geeignete Fördermaßnahmen zu planen bzw. durchzuführen.
Zu diesem Zweck können neben Unterrichtbeobachtungen und Beratungsgesprächen auch eine pädagogisch-psychologische Diagnostik zum Einsatz kommen.

Datum



Unterschrift/en