

Schule am Turmberg

Sonderpädagogisches Bildungs- und Beratungszentrum mit Förderschwerpunkt Lernen

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. andere Erziehungs- oder Sorgeberechtigte	
Straße, PLZ, Wohnort	Straße, PLZ, Wohnort
Telefon	Telefon
Emailadresse	Emailadresse

Einverständnis	
<p>Hiermit gebe ich mein/ geben wir unser Einverständnis zur Durchführung von Kooperationsmaßnahmen (z.B.: Beratung, Diagnostik, Förderplanung) durch den Sonderpädagogischen Dienst der <i>Schule am Turmberg</i>, um den Förderbedarf meines/ unseres Kindes abzuklären.</p>	
_____ Datum	_____ Unterschriften des/ der Erziehungsberechtigten