

## Einverständniserklärung

Schüler/in: \_\_\_\_\_ geb. : \_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_ Schule: \_\_\_\_\_ Lehrkraft: \_\_\_\_\_

Eltern/ Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Anlass: \_\_\_\_\_

- Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Sohn/ meine Tochter \_\_\_\_\_ anlässlich einer schulpsychologischen Untersuchung getestet wird.
- Die Ergebnisse dürfen zur Zusammenarbeit der Klassenlehrkraft \_\_\_\_\_ mitgeteilt werden.
- Die Ergebnisse dürfen an folgende Beratungseinrichtungen, Therapieeinrichtungen und Ärzte \_\_\_\_\_ weitergegeben werden.

Ingolstadt, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der  
Erziehungsberechtigten