

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