

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

meine Tochter / mein Sohn _____

geboren am _____

aus der Klasse _____

der Grund-/Hauptschule _____

im Rahmen einer schulpsychologischen Beratung testdiagnostisch untersucht werden darf.

Ebenso bin ich damit einverstanden, dass die Ergebnisse und schulrelevanten Erkenntnisse an die betroffene Lehrkraft und gegebenenfalls an die Schulleitung weitergegeben werden, wenn dies aufgrund der Fragestellung sinnvoll und hilfreich ist. Über die Ergebnisse und Weitergabe der Informationen werde ich informiert.

(Entbindung von der Verschwiegenheitspflicht nach § 203 Abs. 1 Nr. 2 StGB)

Name und Anschrift des/ der Erziehungsberechtigten:

Telefonnummer: _____

Ort, Datum: _____

Unterschriften der Erziehungsberechtigten: _____