

Albert-Schweitzer-Schule



Sonderpädagogischer Dienst

Einverständnis der Eltern zur Kooperation

Schülerin / Schüler	
Name	Vorname weibl. <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum, Geburtsort	Staatsangehörigkeit
Schule, Klasse, Klassenlehrer/in	

Erziehungsberechtigte	
Name der Mutter	Name des Vaters
ggf. andere Erziehungs- oder Sorgeberechtigte	
Straße, PLZ, Wohnort	Straße, PLZ, Wohnort
Telefon	Telefon
E-Mail-Adresse	E-Mail-Adresse

Was ist Ihr Anliegen?

Einverständnis
<p>Hiermit gebe ich mein / wir unser Einverständnis zur Durchführung von Kooperationsmaßnahmen (z.B. Beratung, Förderplanung, Diagnostik) durch den Sonderpädagogischen Dienst der Albert Schweitzer Schule (Sonderpädagogisches Bildungs- und Beratungszentrum mit dem Förderschwerpunkt Lernen), um den Förderbedarf meines/ unseres Kindes abzuklären.</p> <p>_____</p> <p>Datum Unterschrift/en des/der Erziehungsberechtigten</p>