

## Sonderpädagogische Beratungsstelle an der Albert-Schweitzer-Schule



### Einverständnis der Eltern zur Beratung

Kind	
Name	Vorname <span style="float: right;">weibl. <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/></span>
Geburtsdatum, Geburtsort	Staatsangehörigkeit
Kindergarten, Gruppe, Adresse	

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, dass mein / unser Kind im Rahmen der Beratung von einer Mitarbeiterin der Beratungsstelle im Kindergarten im Hinblick auf seinen Entwicklungsstand beobachtet und getestet wird. Dies kann sowohl im Gruppengeschehen als auch in einer Kleingruppe erfolgen. Einem Austausch mit dem pädagogischen Fachpersonal des Kindergartens willigen wir ebenso ein. Die Beobachtungen werden uns im Rahmen eines Beratungstermins umfassend mitgeteilt und besprochen.</p>	
Datum _____	Unterschrift/en des/der Erziehungsberechtigten _____