|  |
| --- |
| **Einverständniserklärung für Beratung und Unterstützung durch den Sonderpädagogischen Dienst** |

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname weibl.[ ]  männl.[ ] **,** | Geburtsdatum, Geburtsort |
| Allgemeine Schule | Klasse |
| Name, Vorname des Vaters sorgeberechtigt ja [ ]  nein [ ] **,** | Name, Vorname der Mutter sorgeberechtigt ja [ ]  nein [ ] **,** |
| Anschrift / Telefon / E-Mail des Vaters | Anschrift / Telefon / E-Mail der Mutter |
| Sonstige Personensorgeberechtigte (z.B. Pflegeeltern) |
| Derzeit besuchte Bildungseinrichtung : Anschrift / Telefon / E-Mail / Ansprechpartner |

Hiermit bin ich / sind wir damit einverstanden, dass mein / unser Kind

Unterstützung durch den Sonderpädagogischen Dienst erhält.

Ich bin / Wir sind mit Unterrichtsbeobachtungen und diagnostischen Maßnahmen im Rahmen des Sonderpädagogischen Dienstes einverstanden.

Diese Maßnahmen unterstützen die Beratung in Bezug auf eine gute Förderung unseres Kindes.

Die Entbindung von der Schweigepflicht liegt bei.

     ,       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Ort, Datum Unterschrift(en) Erziehungsberechtigte*

Um die Fördermöglichkeiten für mein/unser Kind gut abklären zu können, bin ich/ sind wir damit einverstanden, dass Berichte und Unterlagen im dafür notwendigen Umfang zwischen dem beauftragten Sonderpädagogischen Dienst und den psychologischen, medizinischen und therapeutischen Fachdiensten sowie den zuständigen Ämtern ausgetauscht werden können. Die Mitarbeiter sind verpflichtet, die Informationen vertraulich zu behandeln.

Ich/Wir entbinden hiermit folgende Personen (bitte alle Namen aller Personen, die beteiligt sind, eintragen) und Institutionen von ihrer Schweigepflicht bezüglich meines/unseres Kindes:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Institution |  Name/Adresse | Datum | Unterschrift der Erziehungsberechtigten  |
| Kindergarten |  |  |  |
| Frühförderung |  |  |  |
| Schule |  |  |  |
| Hausarzt |  |  |  |
| Facharzt |  |  |  |
| Kinderklinik, SPZ |  |  |  |
| Therapeuten |  |  |  |
| Beratungsstellen |  |  |  |
| Jugendamt  |  |  |  |
| Sozialamt |  |  |  |
| Gesundheitsamt |  |  |  |
| Nahverkehrsamt |  |  |  |
| Schulpsychologische Beratungsstelle |  |  |  |
|  |  |  |  |

Diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden.