

MOBILE SONDERPÄDAGOGISCHE HILFE M S H

Schuljahr 2020/21



Einverständnis

Erklärung der/des Erziehungsberechtigten

Name, Vorname(n) des Kindes

Geburtsdatum

Name(n), Vorname(n) der/des Erziehungsberechtigten

Adresse, Telefon

Ich bin/Wir sind darüber informiert, dass mein/unser Kind zur Klärung von Lern-, Leistungs-, Sprach- und/oder Verhaltensschwierigkeiten der Mobilen Sonderpädagogischen Hilfe des Sonderpädagogischen Förderzentrums München Nord-Ost vorgestellt wird.

Im Rahmen der Untersuchung werden verschiedene Tests zur Unterstützung der Diagnose, Förderung und Beratung eingesetzt. Mit dem Einblick in Daten, die der Kindertageseinrichtung vorliegen, und der Durchführung der diagnostischen Verfahren bin ich/sind wir einverstanden.

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die Ergebnisse der diagnostischen Verfahren und die Maßnahmen zur weiteren Vorgehensweise und Förderung mit der Erzieherin/dem Erzieher meines/unseres Kindes besprochen werden.

Alle Daten werden vertraulich behandelt.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten