

Einverständniserklärung

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass mein/unser Sohn, meine/unsere Tochter

_____, geb. am _____
Name, Vorname

im Rahmen einer Diagnostik und Beratung vom Mobilen Sonderpädagogischen Dienst (MSD) mit einem standardisierten Intelligenzverfahren getestet wird.

Name der

Anschrift:

Telefon:

Erziehungsberechtigten:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Ort, Datum

Unterschrift(en) des/der Erziehungsberechtigten