



Einverständniserklärung

Erziehungsberechtigte/r: _____

Adresse: _____

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum des Kindes: _____

Schule und Klasse: _____

1. Testung

- Ich/wir habe/n keine Einwände gegen die Testung meines/unseres Kindes mittels psychologischer Verfahren. Diese werden zur fachgerechten Betreuung des Kindes von den Mitarbeiterinnen der Beratungsstelle durchgeführt.

2. Schweigepflichtsentbindung

Ich/wir entbinde/n Frau N. Urban (Schulpsychologin) – Frau T. Spigner (Beratungslehrerin) von der Schweigepflicht gegenüber den MitarbeiterInnen der ...

Schule: _____

Mittagsbetreuung/Hort: _____

Arztpraxen/Fachkliniken: _____

therapeutischen Einrichtungen: _____

Erziehungsberatungsstellen: _____

Sozialbürgerhäusern: _____

Kindertagesstätten: _____

München, den _____
Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten