

Anmeldung zur schulpsychologischen Untersuchung

Hiermit erkläre ich mich mit einer schulpsychologischen Untersuchung (Durchführung von Testverfahren, z.B. Intelligenztests, Schulleistungstests, Persönlichkeitstests) unseres Kindes einverstanden.

Name des Kindes	Geburtsdatum
Straße	Wohnort
Telefon	E-Mail

Schule	Klasse
Lehrkraft	
Beratungsanlass	

Ich war mit meinem Kind bereits: _____ (Bitte Namen und Zeitraum eintragen!)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Frühförderung | <input type="checkbox"/> Mobiler sonderpädagogischer Dienst (MSD) |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapie / Logopädie | <input type="checkbox"/> Beratungslehrkräfte |
| <input type="checkbox"/> Beratungsstellen | <input type="checkbox"/> Arzt / Therapeuten |
| <input type="checkbox"/> Sonstige | |

Schweigepflichtentbindungen

Ich bin damit einverstanden, dass die/der zuständige Schulpsycholog(e)In von folgenden Personen Informationen, Daten und Testergebnissen einholen und an diese weitergeben darf:

- Lehrkräfte der Schule
- Beratungslehrkraft, Lehrkraft des zuständigen mobilen sonderpädagogischen Dienstes (MSD)
- Zuständige Jugendsozialarbeit
- Arzt/ Therapeuten: _____ (bitte namentlich benennen)
- Beratungsstellen: _____ (bitte namentlich benennen)
- Sonstige: _____
- Ich bin mit der Einsichtnahme in die Schülerakte einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten