

Einverständniserklärung

Schüler/in: _____ geb. : _____

Klasse: _____ Schule: _____ Lehrkraft: _____

Eltern/ Adresse: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

Anlass: _____

-
- Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Sohn/ meine Tochter _____ anlässlich einer schulpsychologischen Untersuchung getestet wird.
- Die Ergebnisse dürfen zur Zusammenarbeit der Klassenlehrkraft _____ mitgeteilt werden.
- Die Ergebnisse dürfen an folgende Beratungseinrichtungen, Therapieeinrichtungen und Ärzte _____ weitergegeben werden.

Ingolstadt, den _____

Unterschrift der
Erziehungsberechtigten