……Lidell……..- Schule

Einverständnis der Erziehungsberechtigten zur Kooperation

Schüler/in	
Name	Vorname
Geburtsdatum, Geburtsort	☐weiblich ☐männlich
Schule, Klasse	Klassenlehrer/in

Erziehungsberechtigte	
Name der Mutter	Name des Vaters
ggf. andere Erziehungs- oder Sorgeberechtigte	
Straße, PLZ, Wohnort	Straße, PLZ, Wohnort
Telefon	Telefon
Emailadresse	Emailadresse

Einverständnis

Hiermit gebe ich mein/ geben wir unser Einverständnis zur Durchführung von Kooperationsmaßnahmen (z.B.: Beratung, Diagnostik, Förderplanung) durch den Sonderpädagogischen Dienst der Lidellschule, sowie bei Bedarf durch den Sonderpädagogischen Dienst eines anderen SBBZ, um den Förderbedarf meines/ unseres Kindes abzuklären.

Datum

Unterschriften des/ der Erziehungsberechtigten