



Einverständnis der Erziehungsberechtigten: Hinzuziehung des Sonderpädagogischen Dienstes

Schüler/in	
Name	Vorname
Geburtsdatum, Geburtsort	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> 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		
<p>Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass die _____-Schule Kontakt mit dem Sonderpädagogischen Dienst der Nikolaus-von-Myra-Schule Philippsburg aufnimmt.</p> <p>Ich / wir bitten hiermit ausdrücklich um die Kooperation (Sonderpädagogische Beratung, kooperative Diagnostik, individuelle Bildungsplanung und ggf. Einbindung von zusätzlichen Unterstützungs- und Hilfssystemen) zwischen den o. g. Einrichtungen.</p>		
<p>_____</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Datum</p>	<p>_____</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Unterschrift: Erziehungsberechtigte(r)</p>	<p>_____</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Unterschrift: Erziehungsberechtigte(r)</p>