

Nikolaus-von-Myra-Schule

Sonderpädagogisches
Bildungs- und Beratungszentrum
mit dem Förderschwerpunkt Lernen



Sonderpädagogischer Dienst

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

Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass die _____-Schule Kontakt mit dem Sonderpädagogischen Dienst der Nikolaus-von-Myra-Schule Philippsburg aufnimmt.

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.

Ich bin informiert, dass der Sonderpädagogische Dienst fachrichtungsübergreifend mit einem Kollegen / einer Kollegin eines anderen sonderpädagogischen Dienstes im Rahmen einer Beratung in den Austausch geht.

_____ Datum

_____ Unterschrift: Erziehungsberechtigte(r)

_____ Unterschrift: Erziehungsberechtigte(r)

Sonderpädagogischer Dienst

Nikolaus-von-Myra-Schule
Tel: 07256/87290 Fax: 07256/87500
Email: poststelle@04108364.schule.bwl.de

Einverständniserklärung

Sonderpädagogischer Dienst / NvM Philippsburg
Stand: Sept2022