

Einverständniserklärung zu Kooperationsmaßnahmen

für Eltern

Angaben zum Schüler / zur Schülerin	
Name des Kindes:	Geburtsdatum:
Angaben der Erziehungsberechtigten	
Name der Mutter:	Name des Vaters:
Adresse:	Adresse:
sorgeberechtigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	sorgeberechtigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Telefonnummer:	Telefonnummer:
E-Mail:	E-Mail:
Sonstige Personensorgeberechtigte (z.B. Pflegeeltern, Vormund etc.):	

Ich bin / Wir sind damit einverstanden,

- dass die Schule mit dem sonderpädagogischen Dienst der Uhlandschule Tettngang kooperiert. Dazu dürfen relevante Informationen über mein Kind ausgetauscht werden.
- dass der sonderpädagogische Dienst mein Kind im Unterricht beobachtet und bei Bedarf unterstützt oder in Einzelsituationen mit ihm arbeitet. Falls erforderlich, dürfen zur genaueren Bestimmung der Problematik auch Tests durchgeführt werden.
- dass die Ergebnisse der Kooperationsmaßnahmen mit den an der Förderung beteiligten Personen besprochen werden dürfen. Die Beteiligten sind dazu verpflichtet, alle Informationen vertraulich zu behandeln.

Ort, Datum

Unterschrift(en)