



Sonderpädagogische Beratungsstelle

Frühberatung und Frühförderung

Martinstorschule SBBZ Lernen Bahnhofstraße 3

88239 Wangen im Allgäu

Einverständniserklärung zur Diagnostik/Förderung

Kind (Name): _____

geb.: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Telefon: _____

Eltern/ Erziehungsberechtigte: _____

Kindergarten:

ErzieherIn: _____

Ich/Wir wünsche/n, dass unsere Tochter/Sohn von einer/einem MitarbeiterIn der Sonderpädagogischen Beratungsstelle betreut wird.

Die Betreuung umfasst je nach Absprache:

Beobachtung

Diagnostik

Beratung

Förderung

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Arbeit diagnostische Testverfahren durchgeführt werden und ein vertrauliches Gespräch mit dem/der ErzieherIn stattfinden darf.

Datum : _____ Unterschrift: _____