

# Einverständniserklärung zur Kooperation

## Kind

|                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Name                              | Vorname                           |
| Geburtstag                        | Geburtsort                        |
| Schule                            | Klasse                            |
| KlassenlehrerIn                   |                                   |
| männlich <input type="checkbox"/> | weiblich <input type="checkbox"/> |

## Erziehungsberechtigte

|   |               |
|---|---------------|
| Name / Vorname Mutter*                                      |               |
| Name / Vorname Vater*                                       |               |
| Straße  | Hausnummer    |
| PLZ   | Ort / Teilort |
| Telefon / Handy   |               |
| eMail   |               |
| * abweichende Adressdaten bitte auf der Rückseite vermerken |               |

## ggf. weitere Sorge- /Erziehungsberechtigte

|                          |
|--------------------------|
| Name / Stellung zum Kind |
| Name / Stellung zum Kind |

## Einverständnis

Hiermit geben wir unser Einverständnis zur Durchführung von Kooperationsmaßnahmen durch den Sonderpädagogischen Dienst der Mönchswaldschule Kraichtal.

Die Maßnahmen dienen dazu, den Förderbedarf meines Kindes abzuklären und geeignete Fördermaßnahmen zu planen bzw. durchzuführen.

Zu diesem Zweck können neben Unterrichtsbeobachtungen und Beratungsgesprächen auch eine pädagogisch-psychologische Diagnostik zum Einsatz kommen.

Datum



Unterschrift/en