

Einverständniserklärung

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Der/die Unterzeichnende ermächtigt hiermit das TSM-Schulzentrum, die für die Förderung des Kindes notwendigen ärztlichen, psychologischen und therapeutischen Berichte und Auskünfte bei den zuständigen Stellen einzuholen.

Der/die Unterzeichnende ist damit einverstanden, dass Fallbesprechungen mit der Konsiliarärztin resp. -psychologin stattfinden.

Der/die Unterzeichnende ist damit einverstanden, dass die zur Förderung des Kindes notwendigen B&U-Abklärungs- und Verlaufsberichte inkl. Diagnose im Schulteam besprochen und abgegeben werden.

Name Erziehungsberechtigte:

Ort/Datum

Unterschrift