



Grund-/Mittelschule
(Stempel)

Einverständniserklärung MSD

Name: _____

Anschrift: _____

Klasse: _____ Geb.: _____

Telefon/E-Mail: _____

- Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass mein/unser Kind dem Mobilen Sonderpädagogischen Dienst (MSD) vorgestellt wird.
- Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass in diesem Rahmen (Intelligenz-)Tests zur Diagnose und Unterstützung der Förderung des Kindes eingesetzt werden. Die ermittelten Daten werden vertraulich behandelt und mit mir/uns besprochen.
- Mit unserem Einverständnis werden die Ergebnisse der diagnostischen Untersuchung und die weitere Förderung des Kindes mit der Klassenleitung und mit den an der Erziehung beteiligten Personen abgesprochen.
- Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass sich der MSD mit den bereits behandelnden Fachdiensten in Verbindung setzt und erteile(n) dem MSD eine gegenseitige Schweigepflichtentbindung gegenüber folgenden Personen bzw. Institutionen:

- Ich habe das alleinige Sorgerecht
- Ich handle im Einvernehmen mit dem anderen Elternteil

Ort/Datum

Unterschrift