



Verbund SBBZ FN

Einverständniserklärung

Ich/Wir stimme/n einer Beratung durch die Frühförderung/den
Sonderpädagogischen Dienst für mein/unser Kind zu.

Die Beratung umfasst:

- Gespräche mit den Lehrkräften/Erzieher/innen Ihres Kindes
- Besuch des Unterrichts/Beobachtung Spiel/Vorschule
- Diagnostik zu Entwicklungsstand, Leistungsvermögen und Intelligenz
- Förderplanung mit den Kolleg/innen des Kindergartens/der allgemeinen Schule.

Alle Ergebnisse unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weiter gegeben. Die Ergebnisse und Informationen erhalten Sie in einem persönlichen Gespräch.

Mein/Unser Kind braucht Unterstützung besonders im Bereich (bitte den wichtigsten Bereich mit einem Kreuz markieren):

- | | |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Lernen | <input type="checkbox"/> Sozial-emotionale Entwicklung |
| <input type="checkbox"/> Sprache | <input type="checkbox"/> Geistige Entwicklung |
| <input type="checkbox"/> Motorik | <input type="checkbox"/> |

Name des Kindes: Geb. Datum:

Sorgeberechtigte:

Adresse:
.....

Telefonnummer:

Kiga/Schule/Klasse:

Wir sind damit einverstanden, dass folgendes SBBZ _____
die Beratung übernimmt:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Sorgeberechtigte

