

LOGO der allg. Schule

....., den

.....
Sorgeberechtigt

.....
Straße

.....
PLZ Wohnort

.....
Tel.

.....
E-Mail

Ich/ Wir erkläre/n mich/ uns damit einverstanden, dass mein/ unser Kind

.....
Vorname, Name des Kindes

.....
geb.

.....
Klasse

im Rahmen des Sonderpädagogischen Dienstes mit der Pestalozzischule Bruchsal einer Sonderschullehrerin oder einem Sonderschullehrer vorgestellt wird. Diese Sonderschullehrkraft darf sich mit den Lehrerinnen und Lehrern meines/ unseres Kindes austauschen.

Das Ziel ist eine kooperative Förderplanung. Diese soll dazu dienen, dass mein/ unser Kind in Zukunft noch besser an der Grundschule gefördert werden kann.

Ich erkläre mich/ Wir erklären uns damit einverstanden, dass die Sonderschullehrkraft mein/ unser Kind im Unterricht beobachtet und bei Bedarf Tests durchführt.

Ich bin/ Wir sind darüber informiert, dass der Sonderpädagogische Dienst ggf. fachrichtungsübergreifend mit einem Kollegen/ einer Kollegin eines anderen sonderpädagogischen Dienstes im Rahmen einer Beratung in den Austausch geht.

Die Ergebnisse der Tests werden mir/ uns mitgeteilt, und ich werde/ wir werden in die Förderplanung miteinbezogen.

.....
Datum, Unterschrift