



EINVERSTÄNDNIS DER ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN ZUR KOOPERATION

SCHÜLER/IN

Name	Vorname
Geburtsdatum, Geburtsort	Geschlecht
Schule, Klasse	Klassenlehrer/in

ERZIEHUNGSBERECHTIGTE

Name der Mutter	Name des Vaters
Ggf. andere Erziehungs- und Sorgeberechtigte	
Straße, PLZ, Wohnort	Straße, PLZ, Wohnort
Telefon	Telefon
E-Mail	E-Mail

EINVERSTÄNDNIS

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