

**Einverständniserklärung**

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass mein/unser Sohn, meine/unsere Tochter

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name, Vorname

im Rahmen einer Diagnostik und Beratung vom Mobilen Sonderpädagogischen Dienst (MSD) mit einem standardisierten Intelligenzverfahren getestet wird.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name der Erziehungsberechtigten:** |  | **Anschrift:** |  | **Telefon:** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Ort, Datum | Unterschrift(en) des/der Erziehungsberechtigten |

Ich handle im Einvernehmen mit dem anderen Elternteil

Ich habe das alleinige Sorgerecht