



## **Einverständniserklärung Eltern**

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

### **Kurze Beschreibung des Problems aus Sicht der Eltern:**

---

---

---

---

### **War Ihr Kind in einer anderen Einrichtung zur Vorstellung oder Behandlung?**

Einrichtung: \_\_\_\_\_

---

Dauer: \_\_\_\_\_

---

### **Einverständniserklärung der Eltern**

Ich/ Wir sind damit einverstanden, dass unser Kind \_\_\_\_\_ durch den  
Mobilen Sonderpädagogischen Dienst betreut und diagnostiziert wird. Ja  Nein

Ich / Wir bin / sind damit einverstanden, dass der Mobile Sonderpädagogische Dienst bei Bedarf  
Kontakt zu anderen Einrichtungen und Therapeuten aufnimmt. Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Anmerkung: