

Name und Anschrift der Eltern

.....

.....

.....

Eingangsstempel

Stammschule der Schülerin/des Schülers: _____

An das
BFZ der Friedrich-von-Bodelschwingh-Schule
Pörschacher Str.12

65187 Wiesbaden

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Information und Beratung meines Kindes

_____, geb. am _____
(Name des Kindes)

in der _____-Schule

von einer Therapeutin (Physiotherapie/Ergotherapie) und/oder Lehrkraft des Beratungs- und Förderzentrums (BFZ) der Friedrich-von-Bodelschwingh-Schule erfolgen darf. Diese können die Erhebung der Lernausgangslage und die Beratung seiner Lehrerinnen oder Lehrer und –falls eingesetzt- der Schulbegleiter einschließen.

Beratungsanlass und Beratungsergebnisse und z. B. Empfehlungen für die Anschaffung von Hilfsmitteln im Schulalltag auch zur Unterstützten Kommunikation werden mit uns besprochen und in der Schule sowie im BFZ dokumentiert.

Die Unterstützung des Beratungs- und Förderzentrums findet auf der Grundlage der Richtlinien über die Arbeit der sonderpädagogischen Beratungs- und Förderzentren vom 29.11.2006 statt.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift mind. eines Elternteils oder Erziehungsberechtigten