**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG**

|  |
| --- |
| Ich bin mit der schulpsychologischen Beratung meines Kindes |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | , geb. am |  | einverstanden. |

im Rahmen des Sprechtages einverstanden.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum |  | Unterschrift des Erziehungsberechtigten |

Besondere Wünsche und Mitteilungen: