



## Einverständniserklärung

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

\_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_  
Name, Vorname

im Rahmen einer Diagnostik und Beratung durch den mobilen sonderpädagogischen Dienst mit einem standardisierten Intelligenzverfahren getestet wird.

Name der Erziehungsberechtigten	
Anschrift	
Telefon	

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en) des/der Erziehungsberechtigten