

**Anmeldung zur Überprüfung einer möglichen
Lese- Rechtschreib-Störung**

gemäß Art. 52, Abs.5 BayEUG vom 30.06.2016 und §32 bis §36 BaySchO vom 01.08.2016

Hiermit erklären wir uns mit einer schulpsychologischen Untersuchung (Durchführung von Testverfahren, z.B. Intelligenztests, Schulleistungstests, Persönlichkeitstests) einverstanden.

bei unserem Kind: geboren am

derzeit in Klasse der Schule.....

Klassenleiter/in:

Weitere Lehrkräfte (falls betroffen):

Antragsteller (Erziehungsberechtigte):

Name:

Adresse:

Telefon: E-Mail:

Eine fachärztl. Untersuchung

hat bereits stattgefunden,

ist bereits terminlich vereinbart.

Wenn ja: Wann? Praxis

Um Doppeltestungen zu vermeiden, senden Sie die Ergebnisse bitte **direkt an den zuständigen schulpsychologischen Dienst!**

Schweigepflichtsentbindungen: *Zutreffendes bitte ankreuzen*

- Wir sind mit der Einsichtnahme in die Schülerakte einverstanden.

Wie sind damit einverstanden, dass die/der zuständige Schulpsycholog(e)In von folgenden Personen Informationen, Daten und Testergebnissen einholen und an diese weitergeben darf:

- Lehrkräfte der Schule:
- Beratungslehrkraft, Lehrkraft des mobilen sonderpädagogischen Dienstes (MSD):
- Zuständige Jugendsozialarbeit
- Arzt/ Therapeuten: _____ *(bitte namentlich benennen)*
- Beratungsstellen: _____ *(bitte benennen)*

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten