

Einverständniserklärung

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

Name, Vorname

geb. am

im Rahmen einer Diagnostik und Beratung vom Mobilen Sonderpädagogischen Dienst
(MSD) mit einem standardisierten Intelligenzverfahren getestet wird.

Name, Anschrift und Telefon der Erziehungsberechtigten:

Ort, Datum

Unterschrift des/ der Erziehungsberechtigten