

Hiermit bewillige ich für meine Tochter/meinen Sohn _____

geb.: _____ Klasse: _____ Schuljahr: _____

eine Testung auf eine Lese-Rechtschreib-Störung.

Erziehungsberechtigte(r):

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon/Email: _____

Ggf. weitere Erziehungsberechtigte sind mit dieser Testung ebenfalls einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass Frau Wagner als Schulpsychologin mit den Lehrkräften der Klasse spricht, um sich umfassende Informationen über die Lese- und Rechtschreibleistung meiner Tochter/meines Sohns einzuholen.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten