

# Pestalozzi-Schule

Sonderpädagogisches Förderzentrum Fürstenfeldbruck



.....  
Name/n Vornamen der / des Erziehungsberechtigten

.....  
Datum

.....  
Straße, Hausnummer

.....  
PLZ, Ort

## EINWILLIGUNG

Hiermit erteile ich meine /erteilen wir unsere Einwilligung, dass Lehrkräfte der Pestalozzi-Schule mit Vertretern

- des Jugendamtes  
(genaue Bezeichnung: .....)
- der schulpsychologischen Beratung  
(genaue Bezeichnung: .....)
- von Beratungs- und Therapieeinrichtungen  
(genaue Bezeichnung: .....)
- vorschulischer Einrichtungen  
(genaue Bezeichnung: .....)
- des medizinischen Dienstes  
(genaue Bezeichnung: .....)
- anderer Stellen  
(genaue Bezeichnung: .....)

Über mein / unser Kind ..... geboren am .....  
im Rahmen der Erstellung eines Beratungsgutachtens spricht (Entbindung von der Schweigepflicht) und in entsprechende Unterlagen Einsicht nehmen darf.

.....  
Unterschriften