****

**Überregionales**

**Beratungs- und Förderzentrum**

Schule mit Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung

Grenzweg 10, 34125 Kassel Tel. 0561/813028

Fax: 0561/813029

Mail: [poststelle@schmorell.kassel.schulverwaltung.hessen.de](mailto:poststelle@schmorell.kassel.schulverwaltung.hessen.de)

Alexander

Schmorell

Schule

Einverständniserklärung

|  |  |
| --- | --- |
| Name und Anschrift der  Erziehungsberechtigten: |  |
|  |  |
| Email-Adresse: |  |
| Name des Kindes: |  |

Ich beantrage **Beratung** und ggf. **Förderung** durch das Beratungs- und Förderzentrum.

Mit den dafür notwendigen diagnostischen Verfahren durch das Beratungs- und Förderzentrum bin ich einverstanden.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass Informationen aus Beratungsgesprächen und/oder Testergebnisse des Arztes, des regionalen BFZ und/oder der Beratungsstelle bzw. Institution

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ an den/die Mitarbeiter/in des überregionalen Beratungs- und Förderzentrums weitergegeben werden können.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift