SCHULE

Einverständniserklärung zur Kooperativen Sprechstunde

SchülerIn:	geb. am:

Hiermit erkläre/n ich/wir uns damit einverstanden, dass sich die Beteiligten[1] der Kooperativen Sprechstunde über mein/unser Kind zur Lern- / Leistungsentwicklung und pädagogischen Arbeit (Beratung, Förderplanung, Lernverlauf) austauschen und beraten dürfen.

Ich/wir bin/sind jederzeit berechtigt das Einverständnis zu widerrufen.

Ein Exemplar dieser Erklärung habe/n ich/wir erhalten.

Berlin,

Unterschrift der Personensorgeberechtigte/n

[1] Je nach Fragestellung können sich die Beteiligten der Kooperativen Sprechstunde aus Schulleitung, schulinternen PädagogInnen, BeratungslehrerIn der Sonderpädagogik, SchulpsychologIn und MitarbeiterIn aus der Schulstation und/oder dem Jugendamt zusammensetzen.

© Matthias Siebert (2014), Schulpsychologisches Beratungszentrum Steglitz-Zehlendorf
in Anlehnung an die Ausarbeitung von Dr. Martina Giest und Dr. Martina Schröder