[](http://www.google.de/imgres?q=k%C3%A4the+kollwitz+hofgeismar&hl=de&sa=X&rlz=1R2_____de&biw=1600&bih=1076&tbm=isch&prmd=imvnso&tbnid=i-u2PpvJ5Q5CEM:&imgrefurl=http://www.schulserver.hessen.de/hofgeismar/kaethe-kollwitz/index.htm&docid=RfEFDlNBZtB0bM&imgurl=http://www.schulserver.hessen.de/hofgeismar/kaethe-kollwitz/images/gz487450.jpg&w=250&h=207&ei=YsMkUNraMI7FtAa8_YBA&zoom=1&iact=hc&vpx=1109&vpy=720&dur=47&hovh=165&hovw=200&tx=68&ty=82&sig=105344649902992262537&page=1&tbnh=165&tbnw=200&start=0&ndsp=47&ved=1t:429,r:38,s:0,i:193)►Beratungs- und Förderzentrum

der Käthe- Kollwitz- Schule, Hofgeismar

Käthe-Kollwitz-Str.10, 34369 Hofgeismar │ 🕿 05671 992561, FAX 05671 50533

**Einverständniserklärung**

Name/ Anschrift der/des

Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Name des Kindes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich beantrage **Beratung** und ggf. **Förderung**   
durch das Beratungs- und Förderzentrum der Käthe-Kollwitz-Schule (BFZ KKS), Hofgeismar.

Mit der Durchführung der hierfür notwendigen diagnostischen Verfahren  
- durch das BFZ KKS- bin ich einverstanden.

Hiermit erkläre ich mich ferner einverstanden, dass Informationen aus Beratungsgesprächen und / oder Testergebnisse des Arztes, der Beratungsstelle bzw. Institution \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ an den / die Mitarbeiter/in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ des BFZ KKS  
 weitergegeben werden können.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Erziehungsberechtigte