



## 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