►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