

Anmeldung zur Überprüfung einer möglichen

Lese- Rechtschreib-Störung

gemäß Art. 52, Abs.5 BayEUG vom 30.06.2016 und §32 bis §36 BaySchO vom 01.08.2016

Hiermit erkläre ich mich mit einer schulpsychologischen Untersuchung (Durchführung von Testverfahren, z.B. Intelligenztests, Schulleistungstests, Persönlichkeitstests) einverstanden.

bei unserem Kind:geboren am

derzeit in Klasse der Schule...

KlassenleiterIn:

Weitere Lehrkräfte (falls betroffen):

Antragsteller (Namen der Sorgeberechtigten):

Namen:

Adressen:

Telefon: E-Mail:

Eine **fachärztliche** oder **schulpsychologische** Untersuchung

☐ hat bereits stattgefunden

☐ ist bereits terminlich vereinbart

☐ hat noch nicht stattgefunden

Wenn ja: Wann?

Praxis/ Schulpsychologe

Mit einer Weitergabe der Akten zur Vermeidung von Doppeltestungen bin ich einverstanden. Vorhandene Ergebnisse senden wir direkt an den schulpsychologischen Dienst.

(falls nicht zutreffend, bitte streichen)

Schweigepflichtsentbindungen: *Zutreffendes bitte ankreuzen*

Ich bin damit einverstanden, dass die/der zuständige Beratungslehrkraft/ bzw.Schulpsycholog(e)In von folgenden Personen Informationen, Daten und Testergebnissen einholen und an diese weitergeben darf:

- ☐ Lehrkräfte der Schule
- ☐ Lehrkraft des Mobilen Sonderpädagogischen Dienst (MSD)
- ☐ Zuständige Jugendsozialarbeit (JaS)
- ☐ Arzt/ Therapeuten: (bitte namentlich benennen)
- ☐ Beratungsstellen: (bitte benennen)
- ☐ Sonstige:

Ort, Datum

Unterschrift sorgeberechtigte Person 1

Unterschrift sorgeberechtigte Person 2

Im Falle **nur einer** Unterschrift versichere ich hiermit, dass ich **alleine sorgeberechtigt** bin.