

Einverständniserklärung

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass mein / unser Sohn, meine / unsere Tochter

_____, geboren am _____
Name, Vorname

im Rahmen einer Diagnostik und Beratung vom Mobilien Sonderpädagogischen Dienst (MSD) des Sonderpädagogischen Förderzentrums München-West mit einem standardisierten Intelligenzverfahren getestet wird.

Name der **Mutter**: _____

Anschrift, Telefon: _____

Name des **Vaters**: _____

Anschrift, Telefon: _____

Ort, Datum

Unterschrift(en) des / der Erziehungsberechtigten *

* Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift, dass er im Einvernehmen mit dem anderen Elternteil handelt oder dass ihm das Sorgerecht alleine zusteht.