

Hupfeldstraße 8, 34121 Kassel │🕿 **0561- 787 1350**, FAX [**bfz@kassel.de**](mailto:bfz@kassel.de)│[poststelle8209@schule.hessen.de](mailto:poststelle8209@schule.hessen.de)

**Einverständniserklärung**

Name/ Anschrift der/des

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

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

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

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

Ich beantrage **Beratung** und ggf. **Förderung**   
durch das Beratungs- und Förderzentrum der Astrid-Lindgren-Schule, Kassel.

Mit der Durchführung der hierfür notwendigen diagnostischen Verfahren durch das Beratungs- und Förderzentrum der Astrid-Lindgren-Schule bin ich einverstanden.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass Informationen aus Beratungsgesprächen und / oder Testergebnisse des Arztes, der Beratungsstelle bzw. Institution \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ an die Mitarbeiterin /den Mitarbeiter \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ des Beratungs- und Förderzentrums der Astrid-Lindgren-Schule weitergegeben werden können.

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

Unterschrift Erziehungsberechtigte