

Über die
Leitung der GS/ MS
(ggf. über die Beratungslehrkraft
.....)
an den/die staatl. Schulpsychologen/in
.....



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

Antragsteller (Erziehungsberechtigte):

Name:

Adresse:

Telefon: E-Mail:

Hiermit erkläre ich mich mit einer schulpsychologischen Untersuchung (Durchführung erforderlicher Testverfahren, z.B. Intelligenztests, Schulleistungstests, Persönlichkeitstests) meines Sohnes/meiner Tochter, geboren am derzeit in der Jahrgangsstufe der Schule einverstanden.

Eine Untersuchung in einer kinder-u. jugendpsychiatrischen Praxis hat stattgefunden/ ist vereinbart.

Wenn ja: Wann? Praxis:

Schweigepflichtsentbindungen: (nach § 203 Abs. 1 Nr. 2 StGB)

Nicht Zutreffendes bitte streichen!

- Ich entbinde die Lehrkräfte, die zuständige Beratungslehrkraft und ggf. den betreffenden Arzt von der Schweigepflicht bzgl. der Weitergabe von Informationen, Daten und Testergebnissen an den/die zuständige(n) Schulpsychologen/in.
- Auch mit einer Einsichtnahme in die Schülerakte bin ich einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass Ergebnisse der schulpsychologischen Untersuchung weitergegeben werden dürfen an (***Nicht Zutreffendes bitte streichen!***)

- die Lehrkräfte, die das Kind unterrichten und die Schulleitung der Schule, die mein Kind besucht.
- weitere schulische Beratungsinstanzen (Beratungslehrkraft, Mobiler Sonderpädagogischer Dienst).
- außerschulische Stellen (Ärzte, Therapeuten), die an weiteren Untersuchungen und Therapien beteiligt sind.
- Jugendamt
-

Ort Datum Unterschrift der Erziehungsberechtigten

