



---

**Einverständnis**  
**Erklärung der/des Erziehungsberechtigten**

Name, Vorname(n) des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name(n), Vorname(n) der/des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Das Kind besucht die Kindertagesstätte \_\_\_\_\_

seit: \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ Uhr - \_\_\_\_\_ Uhr

Ich/Wir wünsche(n), dass mein/unser Kind zur Klärung von Sprach- und/oder Entwicklungsauffälligkeiten der Mobilen Sonderpädagogischen Hilfe der Julius- Kardinal-Döpfner-Schule, Förderzentrum Sprache, vorgestellt wird. Ich wurde darüber informiert, dass im Rahmen der Untersuchung verschiedene Tests zur Unterstützung der Diagnose, Förderung und Beratung eingesetzt werden.

Mit dem Einblick in Daten, die der Kindertageseinrichtung vorliegen, bin ich/sind wir einverstanden.

Ich bin /Wir sind damit einverstanden, dass die Ergebnisse der diagnostischen Verfahren und die Maßnahmen zur weiteren Vorgehensweise und Förderung mit der Erzieherin/dem Erzieher meines/unseres Kindes besprochen werden.

Mir/Uns ist bewusst, dass die Erstellung von Bild- und/oder Tonaufnahmen während der Diagnose, Förderung und Beratung verboten ist.

Wird oder wurde das Kind therapeutisch gefördert?  ja  nein

Logopädie von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Ergotherapie von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Frühförderung von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Falls Ihnen Untersuchungsergebnisse vorliegen, bringen Sie diese bitte zur Überprüfung mit! (z.B.: Gelbes Vorsorgeheft; Hörüberprüfungen, Diagnostikberichte..)**

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der Erziehungsberechtigten