

## **Zustimmungserklärung**

Hiermit erklären wir uns damit einverstanden, dass unsere Tochter / unser Sohn

\_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

vom Schulpsychologen untersucht und ein Gespräch mit ihr / ihm geführt wird.

Anlass / Grund der Untersuchung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sie /er ist Schüler/in der **integrativ-kooperativen Pestalozzi Grundschule Birkenwerder**

Klasse: .....Klassenlehrer/in ist \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte ..... \_\_\_\_\_

unsere Adresse ist..... \_\_\_\_\_

Telefonnummer: ..... \_\_\_\_\_

E-mail: ..... \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift der Erziehungsberechtigten

## **Schweigepflichtentbindung**

Wir entbinden den Schulpsychologen von der Schweigepflicht (im Sinne einer gegenseitigen Schweigepflichtentbindung) betreffend unsere Tochter / unseren Sohn

....., geboren am .....  
(Name, Vorname)

gegenüber der Schule / der Erziehungsberatungsstelle / anderen Ämtern / Ärzten / Therapeuten

\_\_\_\_\_  
(Nichtzutreffendes bitte durchstreichen oder ergänzen!).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift der Erziehungsberechtigten