**Sonderpädagogischer Dienst**

Macintosh HD:Users:Eva:Desktop:Logo RZ farbig_1 Kopie.pdf**Franz-Josef-Mone-Schule, SBBZ mit dem Förderschwerpunkt Lernen**

**Falltorstr. 22,** **76669 Bad Schönborn**

**Tel.: 07253/5300, Fax: 07253/31000**

**e-mail:** [**sopaedie@moneschule.de**](mailto:sopaedie@moneschule.de)

[**www.mone-schule.de**](http://www.mone-schule.de)

**Einverständnis zur Kooperation**

|  |  |
| --- | --- |
| **Schüler/in** | |
| Name | Vorname |
| Geburtsdatum, Geburtsort | □ weiblich □ männlich. □ divers |
| Schule, Klasse | Klassenlehrer/in |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sorgeberechtigte** | |
| Name, Vorname | Name, Vorname |
| Telefon Festnetz + Handy | Telefon Festnetz + Handy |
| Straße, PLZ, Wohnort | Straße, PLZ, Wohnort |
| E-Mail-Adresse | E-Mail-Adresse |

|  |
| --- |
| **Einverständnis** |
| Hiermit gebe ich mein/ geben wir unser Einverständnis zur Durchführung von Kooperationsmaßnahmen (z.B.: Beratung, Diagnostik, Förderplanung) durch den Sonderpädagogischen Dienst der Franz-Josef-Mone-Schule, um den Förderbedarf meines / unseres Kindes abzuklären und Fördermaßnahmen vorzuschlagen.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Datum Unterschriften des/ der Sorgeberechtigten |