



Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich / erklären wir uns mit einer schulpsychologischen Diagnostik und Beratung unseres Kindes einverstanden.

Entbindung von der Schweigepflicht

Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass die Mitarbeitenden der Schulpsychologischen Beratungsstelle der Stadt Bottrop untereinander und mit den nachstehend mit gekennzeichneten Stellen **(bitte auch den Namen der Ansprechperson angeben)** über mein / unser Kind

(Vorname): (Nachname):

geboren am:

Auskünfte geben und einholen, soweit es für die Beratung erforderlich ist.

- ☐ Schule:
- ☐ Praxis / Therapie:
- ☐ Jugendamt:
- ☐ Beratungsstellen:
- ☐ Andere:

Die vorliegenden Einwilligungen sind freiwillig und können jederzeit widerrufen werden.

Bottrop, den _____

Sorgeberechtigte / Gesetzliche Vertretung

Name

Name

Unterschrift

Unterschrift