

Einverständniserklärung zur Diagnostik

Als Erziehungsberechtigte unserer Tochter / unseres Sohnes,

geb. am _____,

erklären wir uns mit der Durchführung aller notwendigen testdiagnostischen Untersuchungen zur Feststellung möglicher besonderer Lern- und Entwicklungsbedürfnisse durch die Schule bzw. Beratungslehrer*innen einverstanden.

Die Ergebnisse werden uns mitgeteilt.

Unterschrift Eltern

Datum

Kontakt

Konrad-Wachsmann-Schule, 10K09
Geithainer Straße 12
12627 Berlin



030 9918101
030 99283875
sekretariat@konrad-wachsmann.schule.berlin.de

