

Vollmacht

Meine Tochter/mein Sohn _____
darf an der Testung des IQs durch das SIBUZ teilnehmen.

Die Testung findet am _____

im Raum (Haus) _____

um _____ statt.

Datum/Unterschrift d. Erziehungsberechtigten

Kontakt

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



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

