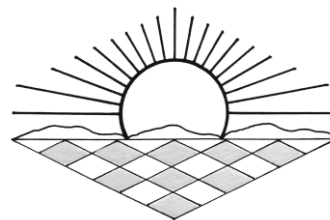


Albertus-Schule

Sonderpädagogisches Förderzentrum



- ▶ Mobile Sonderpädagogische Hilfe
- ▶ Schulvorbereitende Einrichtung
- ▶ Mobiler Sonderpädagogischer Dienst

- ▶ Sonderpäd. Diagnose- und Förderklassen
- ▶ Abteilung Sprache, emotional-soziale Entwicklung, Lernen
- ▶ Sonderpädagogische Beratungsstelle

Albertus-Schule · Veit-Höser-Str. 2 · 94327 Bogen

E-Mail: [Schulleitung: SoR-Albertus-Schule@gmx.de](mailto:Schulleitung@soR-Albertus-Schule@gmx.de) / [Sekretariat: Sek-Albertus-Schule@gmx.de](mailto:Sekretariat@Sek-Albertus-Schule@gmx.de)

[MSH: msh-Albertus-Schule@gmx.de](mailto:MSH@msh-Albertus-Schule@gmx.de)

Tel. 09422/50115-0

Fax 09422/50115-190



Einsatz der Mobilen Sonderpädagogische Hilfe an Kindergärten

Einverständniserklärung der/ des Erziehungsberechtigten

Name des Kindes:		Geburtsdatum:	
-------------------------	--	----------------------	--

Erziehungsberechtigte:	Name: _____ Anschrift: _____ Telefonnummer: _____
-------------------------------	---

Kindergarten:	
----------------------	--

Erzieher/Erzieherin:	Gruppe:
-----------------------------	----------------

Anlass/ Fragestellung:	
-------------------------------	--

Mein / Unser Kind erhält bzw. erhielt bereits folgende ambulante Fördermaßnahmen:

<input type="checkbox"/> Logopädie (Praxis _____, seit: _____) <input type="checkbox"/> Ergotherapie (Praxis _____, seit: _____) <input type="checkbox"/> Physiotherapie (Praxis _____, seit: _____) <input type="checkbox"/> Frühförderung (seit: _____) <input type="checkbox"/> Sozialpädiatrisches Zentrum <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
---	--

Einverständnis:

<input type="checkbox"/> Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass mein / unser Kind der Mitarbeiterin / dem Mitarbeiter der Mobilen Sonderpädagogischen Hilfe (MSH) des sonderpädagogischen Förderzentrums Bogen vorgestellt wird. Dabei wird der Entwicklungsstand meines / unseres Kindes festgestellt und es findet ein gegenseitiger Austausch zwischen MSH und Kindergartenpersonal statt. <input type="checkbox"/> Um eine Doppelmeldung zu verhindern, bin ich / sind wir damit einverstanden, dass mein / unser Kind namentlich der Frühförderstelle in Straubing genannt werden darf.	
---	--

Ort, Datum

Unterschrift des / der Erziehungsberechtigten

Hinweis:

Das Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden. Die Angaben werden vertraulich, den Datenschutzbestimmungen entsprechend, behandelt.