

Einverständniserklärung
zur Durchführung psychologischer Testverfahren

Name des Kindes: _____ geboren am: _____

Name(n) des/der Erziehungsberechtigten: _____

Hiermit erkläre/n ich mich/wir uns damit einverstanden, dass im Rahmen der Schulberatung bei meinem Kind/bei unserem Kind **ein Intelligenztest sowie weitere psychologische / diagnostische Testverfahren** durchgeführt werden.

Die Ergebnisse werden von der Beratungslehrerin mit mir/uns besprochen, vertraulich behandelt und nur mit meinem/unserem Einverständnis an Dritte weitergegeben.

Ort, Datum

Unterschriften Sorgeberechtigte

Im Falle **nur einer** Unterschrift versichere ich hiermit,
dass ich **allein** sorgeberechtigt bin.