Erziehungsberechtigte:

Name: ...........................................................................................................

Adresse: .......................................................................................................

Telefon: .................................................. E-Mail: .........................................

**Einverständniserklärung**

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass zur besseren Einschätzung der individuellen Lernleistungen meines Sohnes / meiner Tochter ........................................................., geboren am ......................................, derzeit in der ....... Klasse in der .................................................................. Schule ein **Intelligenztest** (……………………………..) durch die rBFZ-Lehrkraft (……………..…………….) des zuständigen regionalen Beratungs- und Förderzentrums (rBFZ Mitte) durchgeführt wird.

Über die Ergebnisse werde ich zeitnah informiert und beraten.

|  |  |
| --- | --- |
| Ort, Datum | Unterschrift mindestens eines Elternteils |