



**Kurze Beschreibung des anstehenden Problems:**

(z.B. Motorische Beeinträchtigungen, Auffälligkeiten im Unterricht)

---

---

---

---

---

---

---

---

**Lern- und Leistungsverhalten:**

---

---

---

---

**Sozialverhalten (gegenüber Mitschülern, Lehrkräften) / Einschätzung der psychischen Befindlichkeit:**

---

---

---

**Kontakte Elternhaus/Schule:**

---

---

**Bisherige Maßnahmen:**

(z.B. Beratungslehrer, Schulpsychologe, Therapeuten)

---

---

Die Angaben sind für unsere Arbeit sehr wichtig. Bitte schicken Sie diese baldmöglichst an uns zurück, damit wir einen Beratungstermin vereinbaren können. Vielen Dank!

An:  
**Mobiler Sonderpädagogischer Dienst**  
**Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung**



Privates Förderzentrum Aschau  
Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung  
Bernauer Straße 18  
83229 Aschau im Chiemgau  
Tel.: 08052/171-1501  
Fax: 08052/171-1599  
Email: [m.gaertner-karl@kiz-chiemgau.de](mailto:m.gaertner-karl@kiz-chiemgau.de)



**Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten für den Einsatz  
des MSD im Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung**

---

Name des Schülers	Vorname	Geb. Datum
-------------------	---------	------------

---

Name der Erziehungsberechtigten

---

Anschrift	Tel.:
-----------	-------

- Wir sind darüber informiert worden, dass unser Kind dem **Mobil**en **Sonderpädagogischen Dienst** Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung vorgestellt wird.
- Mit der Durchführung der erforderlichen Überprüfungsverfahren zur Feststellung eines evt. Sonderpädagogischen Förderbedarfs sind wir einverstanden. Die ermittelten Daten werden vertraulich behandelt.
- Wir sind damit einverstanden, dass die weitere Förderung mit den Lehrkräften unseres Kindes abgesprochen wird.

- 
- Wir sind damit einverstanden, dass sich der **Mobile Sonderpädagogische Dienst** Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung mit den bereits behandelnden Fachdiensten in Verbindung setzt.  
Hiermit entbinden wir folgende Personen von der Schweigepflicht:

---

-----

Ort, Datum	Unterschrift der Erziehungsberechtigten bzw. des volljährigen Schüle
------------	--