

An:  
**Mobiler Sonderpädagogischen Dienst / MSH**  
**Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung**

Privates Förderzentrum Aschau  
Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung  
Bernauerstr. 18  
83229 Aschau im Chiemgau  
Tel. 08052/171-1501  
Fax 08052/171-1599  
c.mayrl@kiz-chiemgau.de



**Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten  
für den Einsatz der Mobilen Sonderpädagogischen Hilfe (MSH)**

---

Name des Kindes Vorname Geb. Datum

---

Name des/der Erziehungsberechtigten

---

Anschrift Tel.:

- Wir sind darüber informiert worden, dass unser Kind dem **Mobilen Sonderpädagogischen Dienst** vorgestellt wird.
- Mit der Durchführung der erforderlichen Überprüfungsverfahren zur Feststellung eines evtl. Sonderpädagogischen Förderbedarfs sind wir einverstanden. Die ermittelten Daten werden vertraulich behandelt.
- Wir sind damit einverstanden, dass die weitere Förderung mit den Lehrkräften unseres Kindes abgesprachen wird.

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten



**Kurze Beschreibung der anstehenden Fragestellung:**

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

---

---

---

---

---

---

---

---

**Lern- und Leistungsverhalten:**

---

---

---

---

**Sozialverhalten (gegenüber anderen Kindern, ErzieherInnen) /  
Einschätzung der psychischen Befindlichkeit:**

---

---

---

**Kontakte Elternhaus/Kindergarten:**

---

---

**Bisherige Maßnahmen:**

(z.B. Heilpädagoge, Psychologe, 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!

---

Ort, Datum

Gruppenleitung

Kindergartenleitung