



## **Einverständniserklärung zur Testung einer Lese-Rechtschreib-Störung**

Hiermit erkläre/n ich/wir mich/uns einverstanden, dass die/der Schülerin/Schüler

\_\_\_\_\_ der Klasse \_\_\_\_\_

dem Schulpsychologen zur Feststellung einer Lese-Rechtschreib-Störung vorgestellt wird.

Mir/Uns ist bekannt, dass er/sie dazu verschiedene Testverfahren durchlaufen muss. Mit dieser Testung erkläre/n ich/wir mich/uns einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Schülerin/des Schülers