Name und Anschrift der Schule

**Einverständniserklärung**

Wir sind damit einverstanden, dass für unseren Sohn/ unsere Tochter

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

geb. am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**eine Sonderpädagogische Beratung und Unterstützung   
 (Kooperation) durchgeführt wird.**

Die Kolleginnen und Kollegen im Sonderpädagogischen Dienst   
- **beobachten** im Unterricht

- führen **diagnostische Erhebungen** durch

- **fördern** in arbeitsteiligen Verfahren im Unterricht

- **beraten** Lehrkräfte, Erziehungsberechtigte und Schüler

- **unterstützen** beim Aufbau von Hilfesystemen

**eine Beratung durch die Autismusbeauftragte durchgeführt wird**  
 Die Autismusbeauftragten   
 - **beobachten** im Unterricht

- **beraten** Lehrkräfte, Erziehungsberechtigte und Schüler

- **unterstützen** beim Aufbau von Hilfesystemen

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

Ort, Datum Unterschrift der Erziehungsberechtigten

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

Ort, Datum Unterschrift der Erziehungsberechtigten