

## Erhebung diagnostischer Daten eines Kindes/ einer Schülerin/ eines Schülers

### Einverständniserklärung

Wir erklären uns einverstanden, dass die Studierenden der Pädagogischen Hochschule Ludwigsburg/ Fakultät für Sonderpädagogik

Frau/Herr \_\_\_\_\_

Frau/Herr \_\_\_\_\_

bei dem Kind

\_\_\_\_\_  
(Name) (Vorname) (geb.) (Klasse/Gruppe)

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

zur Planung von Fördermaßnahmen sprachliche Fähigkeiten und Schwierigkeiten erheben und Vorschläge zur Förderung ableiten, eventuell mit Hilfe von audio-visuellen Aufzeichnungen. Diese Aufzeichnungen werden nicht veröffentlicht. Sie dienen ausschließlich dem Zweck einer differenzierten Diagnose und zu Studienzwecken. Den Studierenden, die der Schweigepflicht unterliegen, wird sofern möglich Akteneinsicht gewährt.

\_\_\_\_\_  
(Ort und Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten)

\_\_\_\_\_  
(Ort und Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der Leitung der Schule/Einrichtung)