

Anmeldung zur Überprüfung einer Lese- Rechtschreib-Störung¹

gemäß Art. 52, Abs.5 BayEUG und §32 bis §36 BaySchO

Name des Kindes	Geburtsdatum
Schule	Klasse

Klassenleiter/in
Weitere Lehrkräfte (falls betroffen)

Antragsteller (Erziehungsberechtigte/r)

Name
Adresse
Telefon
E-Mail

Eine kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung hat bereits stattgefunden.
 ist bereits terminlich vereinbart.

Wenn ja: Wann? Praxis

Um **Doppeltestungen** zu vermeiden, veranlassen Sie die Übersendung der Befunde bitte **direkt an die zuständige Schulpsychologin/den zuständigen Schulpsychologen** oder bringen sie zum nächsten Termin mit.

Schweigepflichtentbindungen *Zutreffendes bitte ankreuzen*

Ich bin damit einverstanden, dass og. Beratungslehrkraft und der/die Schulpsychologe/in von folgenden Personen Informationen, Daten und Testergebnisse einholen und an diese weitergeben darf (**bitte namentlich benennen**):

- Lehrkräfte der Schule: _____
- Lehrkraft des Mobilen Sonderpädagogischen Dienstes (MSD): _____
- Jugendsozialarbeit (JaS): _____
- Arzt/ Therapeuten: _____
- Beratungsstellen: _____
- Sonstige: _____

Ich erkläre mich im Bedarfsfall mit einer testpsychologischen Untersuchung (Durchführung von Testverfahren, z.B. Intelligenztests, Schulleistungstests, Persönlichkeitstests) unseres Kindes einverstanden.²

Ort, Datum

Unterschriften des/der Erziehungsberechtigten

¹ Stand 02/2025

² Sie haben jederzeit die Möglichkeit diese Anmeldung schriftlich zu widerrufen. Bis dahin behält sie ihre Gültigkeit.