



Verzichtserklärung

Personalien:

Name Schüler/-in:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Adresse:	<input type="text"/>	PLZ / Ort:	<input type="text"/>
Klasse:	<input type="text"/>	Lehrperson:	<input type="text"/>
Schulhaus:	<input type="text"/>		

Die unterzeichnenden Erziehungsberechtigten bestätigen, dass sie an einem Gespräch über die schulische Situation ihres Kindes teilgenommen haben. Sie wurden über mögliche Hilfeleistungen orientiert.

- Schulpsychologische Abklärung / Therapie
- Psychomotorische Abklärung / Therapie
- Logopädische Abklärung / Therapie
- Eintritt ins Förderjahr
- _____

Ohne eine solche Unterstützung könnte der Schulerfolg des Kindes gefährdet sein. Die Erziehungsberechtigten lehnen eine solche oder ähnliche unterstützende Massnahme ab und sind bereit, dafür die Verantwortung zu übernehmen.

Bemerkungen:

Unterschriften:

Datum:	<input type="text"/>	Erziehungsberechtigte:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Lehrperson:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	Schulleitung:	<input type="text"/>