Name/ Vorname des/r

Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Erklärung des/r Erziehungsberechtigten**

gemäß § 54 Abs. 1, S. 2 des Hessischen Schulgesetzes

Im Rahmen des Verfahrens zur Feststellung des Anspruchs auf sonderpädagogische Förderung meines / unseres Kindes

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

wurde/n ich/wir am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ umfassend beraten und die Möglichkeiten der sonderpädagogischen Förderung informiert.

* Ich bin/Wir sind mit der Feststellung des Anspruchs auf sonderpädagogische Förderung im Bereich \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

einverstanden.

* Ich/Wir wünsche/n die Beschulung meines / unseres Kindes an der
* Förderschule:

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

 Name der Schule

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

 (Ort, Datum) (Unterschrift)