

# Mobiler Sonderpädagogischer Dienst in der Schule

Absender:  
Schulstempel - Telefon:

Erziehungsberechtigte  
Name, Anschrift und Telefonnummer:

---

---

---

An die  
Konrad-von-Parzham-Schule  
Förderzentrum mit dem  
Förderschwerpunkt geistige Entwicklung  
Caritasweg 1  
84503 Altötting  
Telefon: 08671 2258 - Telefax: 08671 72746

## Antrag

auf Mobilen Sonderpädagogischen Dienst für:

Name und Vorname des Schülers/der Schülerin:

Geburtsdatum:

---

---

Name der Lehrkraft, Kontaktdaten  
(Telefon, E-Mail):

---

Grund der Meldung:

---

(Bitte weitere Angaben auf Beiblatt)

Erhält das Kind bereits Förderung/Betreuung/Therapie durch andere Einrichtungen?

Nein       Ja - wenn ja, durch welche? \_\_\_\_\_

Bitte füllen Sie auch anliegenden Fragebogen aus. Bitte legen Sie bereits vorhandene medizinische und psychologische Gutachten bei. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

### Erklärung

**Wir, die Erziehungsberechtigten, beantragen für unser Kind Leistungen des Mobilen Sonderpädagogischen Dienstes der Konrad-von-Parzham-Schule Altötting.**

Wir stimmen zu, dass die Lehrkräfte der o. g. Schule sowie die mit unserem Kind befassten schulischen und außerschulischen Dienste (z.B. Schulpsychologe, Kinderarzt, SPZ, Kliniken) den MSD-Mitarbeitern der Konrad-von-Parzham-Schule Auskünfte über unser Kind erteilen und **entbinden sie insofern von der Schweigepflicht.**

Wir sind damit einverstanden, dass im Rahmen des MSD auch **standardisierte Verfahren zur Entwicklungs- und Intelligenzdiagnostik** verwendet werden.

**Die o.g. Schule** ist zur Zusammenarbeit mit den Fachkräften der Konrad-von-Parzham-Schule bereit und mit der Durchführung der Maßnahmen in den eigenen Räumen **einverstanden.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Schulleitung

