



Einverständniserklärung

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass

mein / unser Sohn

meine / unsere Tochter

im Rahmen einer Diagnostik und Beratung mit einem standardisierten Intelligenzverfahren getestet wird.

Name des Kindes:	Geburtsdatum:
------------------	---------------

Name des / der Erziehungsberechtigten:	
Anschrift:	Telefon:

Ort, Datum

Unterschrift des / der Erziehungsberechtigten

Unterschrift des / der Erziehungsberechtigten