

.....
Name und Vorname der Erziehungsberechtigten

.....
Straße

.....
PLZ + Ort

Einverständniserklärung

Ich bin /wir sind damit einverstanden, dass die Schulpsychologin Isabelle Capelle mit

Meiner/unsererTochter / meinem/unserem Sohn,

geboren am, ein Gespräch führen kann.

.....
Datum

.....
Unterschriften