



StRin Felicia Brückner

Staatliche Schulpsychologin am Alexander-von-Humboldt-Gymnasium

Schweinfurt

f.brueckner@avh-schweinfurt.de

Zustimmung zur Testdiagnostik

Hiermit stimme ich zu, dass Frau *Brückner* eine Testdiagnostik bei meinem Kind

_____ (Vorname, Name)

geb. _____,

Klasse _____ durchführt.

Hinsichtlich der geplanten Testung wurde ich informiert. Die Ergebnisse der Testung und deren Interpretation werden in einer anschließenden Beratung besprochen.

_____, den _____
Ort Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten