



Anmeldung zur Mobilen Sonderpädagogischen Hilfe (MSH)

Name des Kindes: _____ geb. am: _____

Staatsangehörigkeit/Muttersprache: _____

Name der Eltern: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ e-mail: _____

Kinderarzt: _____

Besucher Kindergarten: _____

Tel.: _____ Fax.: _____

Ansprechpartner im Kindergarten: _____

Bei meinem/unserem Kind wurden bereits folgende Untersuchungen durchgeführt:

Es finden/fanden bereits folgende therapeutische Maßnahmen statt:

Hiermit erklären Sie sich damit einverstanden, dass Ihr Kind im Rahmen der Mobilen Sonderpädagogischen Hilfe (MSH) im Kindergarten betreut wird. Hierzu gehört die **Durchführung von notwendigen Screeningverfahren** und der **Informationsaustausch** mit den ErzieherInnen der Gruppe und der Kindergartenleitung.

Für den **Austausch mit außerschulischen Institutionen** (z.B. Frühförderstelle) werden Sie gegebenenfalls gesondert um Ihre **Einverständnis** gebeten. Falls eine **Intelligenztestung** zur weiteren Diagnostik sinnvoll wäre, werden wir Sie erneut kontaktieren, um Ihr **Einverständnis** einzuholen.

Im Anschluss an die Diagnostik findet ein **Beratungsgespräch** mit Ihnen statt.

München _____

Unterschrift d. Erziehungsberechtigten