

Stammschule	
Name, Vorname des Schülers	
Geburtsdatum	
jetzige Klassenstufe	

Durchführung eines standardisierten Tests im Rahmen der pädagogischen Diagnostik

Sehr geehrte Eltern,

bei Ihrem Kind wurden durch die Schule Auffälligkeiten im Lern- und Leistungsverhalten festgestellt, die mithilfe eines standardisierten Tests genauer bestimmt werden sollen. Auf dieser Grundlage soll gemeinsam mit Ihnen über weiterführende Maßnahmen beraten werden.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen ist dies allerdings nur dann möglich, wenn Sie der Durchführung des standardisierten Tests zustimmen:

- CFT 1-R *oder*
- CFT 20-R *oder*
- BUEGA *oder* Son R 6-40

*Die Auswahl eines Tests erfolgt je nach Klassenstufe und der individuellen Ausgangslage des Schülers.
(bei Bedarf)*

Der Test wird nur durch im Einsatz mit dem Testverfahren geschulte Lehrkräfte durchgeführt:

- Beratungslehrer
Herr/Frau _____
- Sonderpädagoge in der Inklusionsbegleitung
Herr/Frau _____
- Sonderpädagoge im Rahmen der Beratung
Herr/Frau _____

*Mitarbeiter/Mitarbeiterin des MSD der Friedrich-Fröbel-Schule *1*

Hiermit willige ich/willigen wir in die Durchführung des Testverfahrens und die Verarbeitung der erhobenen personenbezogenen Daten gemäß Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe a und Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe a der Datenschutz-Grundverordnung im Rahmen der pädagogischen Diagnostik und Förderung meines/unseres Kindes ein.

Die Einwilligung gilt ab dem Datum der Unterschrift. Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Datum/ Unterschrift/en Eltern

*MSD - Mobiler Sonderpädagogischer Dienst
1 Der Name des Mitarbeiters wird bei Testdurchführung auf diesem Blatt ergänzt.