

Einverständniserklärung

Ich willige ein, dass mein Kind

<i>Name, Vorname</i>	
<i>Geburtsdatum</i>	

die schulpsychologische Beratung betreut durch die M.Sc. Psychologin Corinna Veith besucht und an den in diesem Rahmen geführten Gesprächen und nach Bedarf durchgeführten Diagnostik teilnimmt.

Die Einwilligung ist freiwillig. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung nicht berührt.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte machen Sie für eine unter Umständen notwendige Kontaktaufnahme folgende Angaben:

Name, Vorname

Telefonnummer

E-Mail-Adresse