

Anmeldung zur kooperativen Sprechstunde



für _____
Vor- und Nachname des Kindes

geb.am _____
Geburtsdatum

Hiermit erkläre/n ich/wir uns damit einverstanden, dass sich die Beteiligten¹ der Kooperativen Sprechstunde in der Johannes-Tews-Grundschule über mein/unser Kind zur Lern- und/oder Leistungsentwicklung und pädagogischen Arbeit (Beratung, Förderplanung, Lernverlauf) austauschen und beraten dürfen.

Ich bin/Wir sind jederzeit berechtigt, das Einverständnis zu widerrufen.

Bitte beachten Sie, dass für eine ausführliche und namentliche Beratung und/oder eine Hospitation zusätzlich eine Schweigepflichtentbindung der Personensorgeberechtigten vorliegen muss.

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r oder Personensorgeberechtigte/r

¹ Je nach Fragestellung können sich die Beteiligten der Kooperativen Sprechstunde aus der Schulleitung, dem pädagogischen Personal der Schule, Mitarbeitenden des Trägers der Schulsozialarbeit sowie sonderpädagogischen und schulpsychologischen Mitarbeitenden des SIBUZ zusammensetzen.

Johannes-Tews-Grundschule | 06G03
Wasgenstraße 50
14129 Berlin
www.jtg-berlin.de

Telefon +49.30.80 32 07 2
Telefax +49.30.80 49 13 48

Filiale
Tewsstraße 16a
14129 Berlin

Betreuung
Altbau +49.176.55 86 42 25
Neubau +49.30.34 74 05 52
Villa +49.30.34 74 05 51