

**Persönliche Daten der Schülerin/des Schülers:**

Name

Vorname

Adresse

Telefon

Email

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass diese Daten und die Kopie des fachärztlichen Attests zur Legasthenie falls nötig an die staatliche Schulberatungsstelle München übermittelt werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r (bei Minderjährigen)