Bundes-Blindenerziehungsinstitut

Schulpsychologie

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Tochter/mein Sohn

………………………………………………………………………………….

im Bedarfsfall von unserer Schulpsychologin betreut werden kann.

……………………………….. ……………………………………………

 Datum Unterschrift