



# INKLUSIONSBERATUNG

CHIEMGAUSTRASSE 109 • 81549 MÜNCHEN • TEL: 089 – 6221 1762

---

## ANMELDUNG ZUR INKLUSIONSBERATUNGSSTELLE

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon /Handy: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Schule/Kindergarten: \_\_\_\_\_

Klasse/Einschulung: \_\_\_\_\_

Lehrer/in/Erzieher/in: \_\_\_\_\_

Anmeldung empfohlen von: \_\_\_\_\_

Grund der Anmeldung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich entbinde / Wir entbinden die Mitarbeiter der Inklusionsberatungsstelle gegenüber den unten genannten Personen von der Schweigepflicht:

\_\_\_\_\_

---

Datum

Unterschrift