

\_\_\_\_\_  
(Schule)

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Tel. Schule)

Sehr geehrte \_\_\_\_\_,

im Schulamtsbezirk OAL/KF gibt es einen Mobilen Sonderpädagogischen Dienst (MSD).

Ich möchte Sie bitten, mir Ihr Einverständnis zu geben, Ihren Sohn/Ihre Tochter

\_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_,

zu einer Betreuung durch eine Lehrkraft des MSD an unserer Schule anzumelden.

Damit ist verbunden, dass sich der MSD mit Ihnen in Verbindung setzt.

Die Maßnahme erfolgt kostenfrei.

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Klassenlehrer/in)

---

### **Antwort:**

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

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass mein/unser Kind durch den MSD betreut wird.

Ich bin/Wir sind mit der Betreuung durch den MSD **nicht einverstanden.**

\_\_\_\_\_  
(Ort)

\_\_\_\_\_  
(Datum)

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

\_\_\_\_\_  
(Tel. Erziehungsberechtigte/r)