**MSH**



Name des Kindergartens/ Stempel

Mobile sonderpädagogische Hilfe

Ingrid.Kaufmann@schule.bayern.de

0151-46146302

[Elisabeth.Stadler@schule.bayern.de](mailto:Elisabeth.Stadler@schule.bayern.de)

0151-54985589

**Überprüfung und Beratung im Kindergarten**

**in den Bereichen Lernen – Sprache – emotional-soziale Entwicklung**

................................................................., den ...............................

Sehr geehrte/r Frau/ Herr/ Familie .........................................................................

Um Ihr Kind …………………………..……………………………………….….………, geb. am ………….………….………….. in seiner weiteren Entwicklung optimal begleiten und fördern zu können, würde ich gerne eine Fachkollegin aus der sogenannten ***Mobilen sonderpädagogischen Hilfe (MSH)***zu Rate ziehen.

Die MSH des Förderzentrums Deggendorf bietet an, Kinder bezüglich ihrer Entwicklung (in den Bereichen Sprache, Lernen, emotional-soziale Entwicklung) zu beurteilen, wenn Sie als Eltern eine Abklärung wünschen.

Unten stehende Einverständniserklärung der Eltern ist notwendig, damit Ihr Kind überprüft werden kann.

Die Überprüfung findet an einem vereinbarten Termin im Kindergarten statt. In einem Beratungsgespräch werden Sie über den Entwicklungsstand und, falls eine weitere Unterstützung empfohlen wird, über Möglichkeiten der Förderung informiert.

Die betreuende MSH-Mitarbeiterin ist Studienrätin im Förderschuldienst Ingrid Kaufmann/Elisabeth Stadler.

**Einverständniserklärung:**

Ich/ Wir wünsche/n eine Überprüfung meines/ unseres Kindes …………………………………………………………………,

geb. am ……………………..……………. durch die MSH im Kindergarten.

* Ich bin damit einverstanden, dass ein Austausch der MSH mit der/ den Erzieherin/nen

meines/ unseres Kindes erfolgt.

........................................................................................... ..............................................................................................................

Ort, Datum Unterschrift des/der Erziehungsberechtigen

Name der Erziehungsberechtigten: …………………………………………………………………………………………………..

Straße/ Wohnort: ……………………………………………………………………………………………………………….……………

Telefon: …………………………………………………………………………………………………………………………….….………….