



Aufnahmeantrag MSD /MSH

Bearbeiter: _____

An das
Sehbehinderten- und Blindenzentrum Südbayern
Pater-Setzer-Platz 1
85716 Unterschleißheim

Antragsteller: Eltern

| | |
|---|--|
| Name: | |
| Straße: | |
| PLZ Wohnort: | |
| Telefon: | |
| Email: | |
| Visus und Diagnose laut aktuellem augenärztlichen Befund: | |

Als Erziehungsberechtigte

von _____, geb.: _____

bitten wir um Betreuung unserer Tochter / unseres Sohnes durch den Mobilen Sonderpädagogischen Dienst (MSD) bzw. die Mobile Sonderpädagogische Hilfe (MSH) des Sehbehinderten- und Blindenzentrums Südbayern in Unterschleißheim.

Wir sind damit einverstanden, dass die Mitarbeiter des MSD/MSH des Sehbehinderten- und Blindenzentrums im Rahmen ihrer beratenden Tätigkeit Einblick in die an der Schule/dem Kindergarten vorhandenen pädagogischen, psychologischen und medizinischen Unterlagen unseres Kindes nehmen können.

Wir sind darüber informiert, dass die Mitarbeiter des MSD/MSH-Sehen den Unterricht / die Kindergartengruppe unseres / meines Kindes besuchen, Gespräche mit den Lehrkräften / Erziehern führen und im Sinne einer individuellen Förderung pädagogische Daten erheben.

MSD-Sehen ab: _____

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten