

Schweigepflichtentbindung

Wir sind/ ich bin damit einverstanden, dass folgende Personen:

() Ärztin/Arzt: _____

() Therapeutin/Therapeut: _____

() Heilpädagogin/Erzieher(Wohngruppen, etc.): _____

() Jugendamtsmitarbeiter: _____

() Weitere Fachleute und Mitarbeiter der Schule: _____

von der Schweigepflicht entbunden werden und Auskünfte oder Berichte über unser/mein Kind an die Schule dürfen.

Name und Geburtsdatum des Kindes:

Name der Schule

(Stempel)

Schulleitung:

Diese Schweigepflichtentbindung verbleibt im Schülerbogen meines/unseres Kindes.

Die obengenannten Personen erhalten ebenfalls ein unterschriebenes Exemplar dieser Erklärung.

Als Erziehungsberechtigte bin ich/sind wir jederzeit berechtigt, diese zu widerrufen.

Datum

Unterschrift
