



EINWILLIGUNG Schweigepflicht Entbindung

Hiermit erteile ich meine /erteilen wir unsere Einwilligung, dass die Schulleitung und die Lehrkräfte der Grundschule Aufkirchen mit Vertretern/Ansprechpartner:

- des Jugendamtes
(genaue Bezeichnung:)
- der schulpsychologischen Beratung
(genaue Bezeichnung:)
- von Beratungs- und Therapieeinrichtungen
(genaue Bezeichnung:)
- vorschulischer Einrichtungen/Kindertagesstätte
(genaue Bezeichnung:)
- des medizinischen Dienstes
(genaue Bezeichnung:)
- dem Kinderarzt/Hausarzt
(genaue Bezeichnung:)
- Grundschule
(genaue Bezeichnung:)
- andere Stellen
(genaue Bezeichnung:)

Über mein / unser Kind geboren am

im Rahmen der Beratung sprechen, Auskünfte einholen und in entsprechende Unterlagen Einsicht nehmen dürfen. Ebenso erteile ich/erteilen wir unsere Einwilligung, dass die oben genannten Stellen untereinander über mein/unser Kind sprechen dürfen und entbinde(n) diese von der Schweigepflicht.

.....
Name/n Vornamen der / des Erziehungsberechtigten

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Ort

..... Datum Unterschriften Erziehungsberechtigte