

Schweigepflichtentbindung

Wir sind damit einverstanden, dass folgende Personen (Arzt, Therapeut, o.ä.):

Name des Arztes: _____

Name des Therapeuten: _____

von der Schweigepflicht entbunden werden und Auskünfte oder Berichte über unser Kind an die Grundschule Oberes Wiesental weiterleiten dürfen.

Vater / Sorgeberechtigter des Kindes (Name und Anschrift):

Mutter / Sorgeberechtigte des Kindes (Name und Anschrift):

Name und Geburtstag des Kindes:

Ebenso werden die Lehrer der Schule, insbesondere die Klassenlehrerin gegenüber dem oben genannten Personenkreis von der Schweigepflicht entbunden.

Name Klassenlehrer/in: _____

Diese Schweigepflichtentbindung verbleibt in der Schülerhilfsakte des Kindes an der Schule.

Die vorliegende Einwilligung ist freiwillig und kann somit jederzeit widerrufen werden.

_____, den _____

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift Erziehungsberechtigte/r)