
Schweigepflichtentbindung

Hiermit erklären sich die unterzeichnenden Sorgeberechtigten damit einverstanden, dass die genannte Lehrkraft im Rahmen der sonderpädagogischen Beratung mit den im Folgenden genannten Personen Informationen stets widerruflich in mündlicher und schriftlicher Form über ihren Sohn bzw. über ihre Tochter austauscht.

Name des Schülers / der Schülerin: _____ geb. _____

MSD-Lehrkraft: _____

- Schule _____
- Ärzte _____
- Therapeuten _____
- Sonstige Stellen / Personen _____

Ein Austausch mit der Klassenlehrkraft ist Grundvoraussetzung der Arbeit des Mobilen Sonderpädagogischen Dienstes.

Ort, Datum

Unterschrift des Sorge-/ Erziehungsberechtigten

Unterschrift des Sorge-/ Erziehungsberechtigten