

---

## Schweigepflichtentbindung im Rahmen des Mobilen Sonderpädagogischen Dienstes

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. \_\_\_\_\_

Frau Wellenhofer (Leitung MSD), Lehrkraft (St. Wolfgang): \_\_\_\_\_

- 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