
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 ihr Kind austauscht.

Name des Kindes: _____ geb. _____

MSH-Lehrkraft _____

Ärzte _____

Therapeuten _____

Kindergarten _____

Frühförderstelle _____

sonstige Einrichtungen _____

sonstige Personen _____

Ort, Datum

Unterschrift des Sorge-/ Erziehungsberechtigten

Unterschrift des Sorge-/ Erziehungsberechtigten