

---

## Schweigepflichtentbindung im Rahmen der Mobile Sonderpädagogische Hilfe

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. \_\_\_\_\_

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

- Ärzte \_\_\_\_\_
- Therapeuten \_\_\_\_\_
- Kindergarten \_\_\_\_\_
- Frühförderstelle \_\_\_\_\_
- sonstige Stellen/ Personen \_\_\_\_\_

Ein Austausch mit der Gruppenleitung ist Grundvoraussetzung der Arbeit der Mobilien Sonderpädagogischen Hilfe.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Sorge-/ Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Sorge-/ Erziehungsberechtigten