



### **Entbindung von der Schweigepflicht**

Name, Vorname des Kindes:	
geboren am:	
Anschrift:	

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass die Lehrkraft	(Name der Lehrkraft)
	(Schulname)

bezüglich meines / unseres Kindes mit folgender Person gegenseitig schriftliche und mündliche Informationen austauschen darf.

Name:	Einrichtung:
Einrichtung/ Person Telefonnummer, E-Mail	(Klinik, HPT, Kita, SVE, Ergotherapeut, Hausarzt, Amt für Jugend und Familie, BSA, Fachdienste, Schule, SPZ, Nachmittagsbetreuung, ...)

Zum Zwecke:

--

Datum	Unterschrift(en) des / der Personensorgeberechtigten
-------	--

- Ich handle im Einvernehmen mit dem anderen Elternteil
- Ich habe das alleinige Sorgerecht