



Schulstraße 20, 72160 Horb-Nordstetten

Tel:07451/2250, Fax:07451/3983

Schweigepflichtsentbindung

für

(Name des Kindes:) _____

Einverständnis zum Austausch von Informationen zwischen Schule, pädagogischen Personal, Psychologen, Therapeuten, Ärzten,...

Als Erziehungsberechtigte/r von

Name des Schülers/der Schülerin	Vorname des Schülers/der Schülerin	Geb.datum	Klasse	Klassenlehrerin

Sind wir / bin ich damit einverstanden, dass folgende Personen

- Lehrkräfte
- Ärzte des Kindes bzw. Jugendlichen
- Psychologen und Therapeuten des Kindes bzw. Jugendlichen
- der/dem zuständigen Mitarbeiter/in des Jugendamtes
- der Familienhelferin/dem Familienhelfer
- folgenden weiteren Personen:
-
-

untereinander Informationen austauschen, die der schulischen Bildung und individuellen Unterstützung der Entwicklung unseres / meines Kindes dienen.

Uns / mir wurde zugesichert, dass die Informationen vertraulich behandelt werden.

Die Schweigepflichtsentbindung gilt bis zum Ende der Schulzeit an der Berthold-Auerbach Grundschule, kann aber auch vorher jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift der / des Erziehungsberechtigte