

Entbindung von der Schweigepflicht

_____, geboren am _____
Name, Vorname des Schülers/ der Schülerin

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass Frau / Herr _____
sowie die Schulleitung Frau K. Güthler, Herr P. Kaiser und Frau J. Pilz
mit folgender Einrichtung oder Person Informationen zu oben genannter/m Schüler*in austauscht
und gegebenenfalls Einblick in psychologische, pädagogische und / oder ärztliche Berichte und
Gutachten nimmt. Der Austausch dient dem Zweck der Verbesserung der schulischen Förderung.

Einrichtung / Profession: _____

Name: _____ Tel.: _____

2. Tel / Fax: _____

mail: _____

Die ausgetauschten Informationen unterliegen der Schweigepflicht.

Die Entbindung von der Schweigepflicht kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Datum

Unterschrift der/ des Personensorgeberechtigten

*Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift, dass er im Einvernehmen mit dem anderen Elternteil handelt oder dass ihm das Sorgerecht alleine zusteht.