

## Entbindung von der Schweigepflicht und Zustimmung zur Datenübermittlung

Schülerin/Schüler (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Erziehungsberechtigte (Name, Vorname, Anschrift)	

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Lehrkräfte im Interesse meines Kindes mit den Fachkräften folgender Stellen zusammenarbeiten und Informationen austauschen darf:

- vorhergehende Einrichtung \_\_\_\_\_
- Kinderarztpraxis \_\_\_\_\_
- Facharztpraxis \_\_\_\_\_
- Ergotherapie - Praxis \_\_\_\_\_
- Logopädie - Praxis \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Die Einwilligung ist freiwillig. Aus der Nichterteilung oder dem Widerruf der Einwilligung entstehen mir keine Nachteile. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte