



Einverständniserklärung für die Entbindung von der Schweigepflicht

Name des Kindes _____

Name, Vorname Erziehungsberechtigte _____

Anschrift _____

Ich bin/ Wir sind damit einverstanden, dass die Lehrer/innen und/oder die Schulleitung und/oder die Sonderpädagogen/ Sonderpädagoginnen der Mosaikschule in einen wechselseitigen Austausch mit folgenden Personen oder Institutionen treten dürfen (bitte Namen und Adresse angeben):

☐ Kinderarzt _____

☐ Haus Walstedde _____

☐ Ärzte _____

☐ Logopädie _____

☐ Ergotherapie _____

☐ Psychotherapie _____

☐ Therapeuten _____

☐ Kindergarten _____

(zuvor besucht) _____

☐ bisherige Schule(n) _____

☐ Lebensgefährte / Lebensgefährtin (ohne Sorgerecht) _____

☐ Sonstige _____

Diese Schweigepflichtentbindungserklärung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen durch den/die Erziehungsberechtigte/n widerrufen werden.

Ort, Datum:

Ort, Datum:

Unterschrift Erziehungs-/Sorgeberechtigte/r (Mutter)

Unterschrift Erziehungs-/Sorgeberechtigte/r (Vater)