



## **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)