

Schweigepflichtentbindung

| Angaben zum Kind | |
|-------------------|---------------|
| Name: | Geburtsdatum: |
| Anschrift: | |
| Klassenlehrkraft: | Klasse: |

| Angaben zu den Sorgeberechtigten | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| Name: | Name: |
| Telefon: | Telefon: |
| Anschrift (falls abweichend): | Anschrift (falls abweichend): |
| E-Mail-Adresse: | E-Mail-Adresse: |

Hiermit willige ich in die Übermittlung von personenbezogenen Daten zum Zwecke der Aufgabenerfüllung und den Austausch über die Belange des Kindes bezüglich der schulischen und außerschulischen Förderung und Fürsorge zwischen:

- der mein/unser Kind unterrichtenden Lehrkräften der EWS
- der zuständige Beratungslehrkraft des rBFZ
- der Schulleitung der EWS
- die Schulsozialarbeit der EWS
- sonstige: _____

und den folgenden Stellen:

- Mitarbeitenden des Jugendamts und ggf. der Familienhelferin/den Familienhelfer
- Mitarbeitenden des allgemeinen Sozialen Dienstes
- behandelnde Ärzte und die/den Schulpsychologin/en
- sonstige: _____

ein.

Diese Einwilligung ist freiwillig und gilt bis auf Widerruf. Sie kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift der Sorgeberechtigten: _____