



Schweigepflichtsentbindung

Name und Vorname des Kindes	Geburtstag
Anschrift	

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die Lehrkraft

Name der Lehrkraft	Schulname Private Heimschule, Förderzentrum Birkeneck der Jugendwerk Birkeneck GmbH
--------------------	---

bezüglich meines/unseres Kindes mit folgender Person gegenseitig schriftliche und mündliche Informationen austauschen darf.

Name (Einrichtung/Person, Telefonnummer, Email)	Einrichtung (Klinik, HPT, SVE, Ergotherapeut, Hausarzt, Amt für Jugend und Familie, BSA, Fachdienste, Schule, SPZ, Nachmittagsbetreuung...)
---	--

zum Zwecke: Austausch von Informationen hinsichtlich Einschulungsdiagnostik und Schullaufbahneempfehlung

- ☐ Ich handle im Einvernehmen mit dem anderen Elternteil.
- ☐ Ich habe das alleinige Sorgerecht.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten

Die ausgetauschten Informationen unterliegen der Schweigepflicht. Die Erklärung über die Befreiung der Schweigepflicht kann jederzeit schriftlich von den Personensorgeberechtigten widerrufen werden.

