



## **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, einschl. der für Sonderpädagogik, die Mitarbeiter/innen der OGS/Betreuung und die der Schulsozialarbeit mit folgenden Stellen zusammenarbeiten und Informationen austauschen dürfen:

- Kindertageseinrichtung \_\_\_\_\_
- 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