

## Entbindung von der Schweigepflicht

Vor- und Nachname des Kindes	Vor- und Nachname der Mutter	Vor- und Nachname des Vater
------------------------------	------------------------------	-----------------------------

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass

- die Schulleitung des Schulverbundes Nellenburg, die beauftragten Lehrkräfte und die Schulsozialarbeiterin Daten, Berichte und Unterlagen über mein / unser Kind zur Verfügung gestellt bekommen sowie besprechen, austauschen bzw. weitergeben dürfen.

Alle Informationen werden vertraulich behandelt.

Die Schweigepflichtentbindung/ Einwilligung zur Weitergabe bezieht sich auf:

bisherige Schulen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Arzt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Frühförderung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Eingliederungshilfe	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Jugendamt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Therapeuten	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Beratungsstelle	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Gesundheitsamt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Klinik	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	

Ort, Datum

Unterschrift Mutter

Unterschrift Vater