

ERKLÄRUNG ZUR ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT



Wir/ich* gebe/n hiermit unser/mein Einverständnis, dass die Kindertageseinrichtung

(Name und Adresse der Einrichtung)

berechtigt ist, alle zur gezielten Förderung unseres/meines Kindes erforderlichen Auskünfte (Gutachten, Untersuchungsergebnisse, Diagnosen, Therapiepläne etc.) mündlicher und schriftlicher Art an Institutionen, die an der Maßnahme beteiligt sind, weiterzuleiten bzw. von diesen einzuholen.

Diese Erklärung gilt gegenüber folgender Einrichtung:

*Grundschule Zschocken
Hauptstraße 70
08118 Hartenstein*

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

(Ort, Datum, Unterschrift der/des Sorgeberechtigten)

* Nichtzutreffendes streichen