



Grundschule Neusäß bei St. Ägidius
Bgm.-Kaifer-Str. 8 ♦ 86356 Neusäß
Tel.: 0821/454440-0 ♦ Fax: 0821/454440-50



Schweigepflichtsentbindung

für

(Name des Kindes:) _____

Einverständnis zum Austausch von Informationen

zwischen Schule, pädagogischem Personal, Psychologen, Therapeuten,
Ärzten

Als Erziehungsberechtigte/r von

(Name, Vorname) (Geburtsdatum)

Sind wir / bin ich damit einverstanden, dass folgende Personen

- Lehrkräfte
- Mobile Dienste (MSD, MSH)
- Jugendsozialarbeiter
- Psychologen und Therapeuten des Kindes bzw. Jugendlichen
- Ärzte des Kindes bzw. Jugendlichen
- _____

untereinander Informationen austauschen, die der schulischen Bildung und individuellen Unterstützung der Entwicklung unseres / meines Kindes dienen.

Uns / mir wurde zugesichert, dass die Informationen vertraulich behandelt werden.

Ort Datum Unterschrift der / des Erziehungsberechtigte