

Schweigepflichtentbindung KITA



Hiermit erkläre ich mich/wir uns einverstanden, dass die pädagogischen Fachkräfte der Kindertagesstätte

Informationen bezüglich meines/unseres Kindes

mit den Lehrkräften der Schule Connewitz - Grundschule der Stadt Leipzig hinsichtlich einer optimalen Schuleingangsphase austauschen dürfen.

Datum, Unterschrift Sorgeberechtigte*

*Ich bestätige hiermit, dass ich, falls vorhanden, von der/dem anderen Sorgeberechtigten bevollmächtigt bin, die Schweigepflichtentbindung auch in ihrem/seinem Namen zu unterschreiben.

Schweigepflichtentbindung HORT



Hiermit erkläre ich mich/wir uns einverstanden, dass die Lehrkräfte der Schule Connewitz Informationen bezüglich meines/unseres Kindes

mit den pädagogischen Fachkräften des Hortes der Schule Connewitz - Grundschule der Stadt Leipzig austauschen dürfen.

Datum, Unterschrift Sorgeberechtigte*

*Ich bestätige hiermit, dass ich, falls vorhanden, von der/dem anderen Sorgeberechtigten bevollmächtigt bin, die Schweigepflichtentbindung auch in ihrem/seinem Namen zu unterschreiben.