

Schweigepflichtentbindung



Hiermit erkläre ich mich/wir uns einverstanden, dass die pädagogischen Fachkräfte der Schule Connewitz sowie des Hortes der Schule Connewitz sich in Bezug auf mein/unser Kind:

Name, Vorname des Kindes

wechselseitig und mit folgenden Stellen austauschen dürfen, um eine bestmögliche Begleitung und Förderung zu gewährleisten:

- der Schulsozialarbeit
- den Beratungslehrkräften
- folgenden Ärztinnen/Ärzten: _____
- folgenden therapeutischen Einrichtungen: _____
- folgenden Kliniken: _____
- dem Allgemeinen Sozialdienst (ASD) / Sozialamt
- weiteren Kooperationspartnern: _____

Datum/Unterschrift der Sorgeberechtigten*

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