

# Einwilligung zur Schweigepflichtentbindung

Name, Vorname der/des Erziehungsberechtigten	Datum
(Straße, Hausnummer)	Schulstempel
(PLZ, Ort)	
Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum des Kindes

Hiermit erteile ich meine\* / erteilen wir unsere \* Einwilligung, dass sich die Beratungslehrerin der Schule, und die an der Schule tätigen Sonderpädagogen (MSD) sowie die Schulleitung in Vorbereitung eines erfolgreichen Schulbesuchs meines\* / unseres\* Kindes

- mit Erziehern der Kindertagesstätte:

.....  
(genaue Bezeichnung)

- mit Vertretern der Frühförderstelle:

.....  
(genaue Bezeichnung)

- mit Vertretern der Beratungs- und Therapiezentren (z.B. Logopäden, SPZ, Beratungsstellen):

.....  
(genaue Bezeichnung)

- mit Vertretern des schulärztlichen Dienstes (Schularzt, Schuluntersuchung, Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung)

.....  
(genaue Bezeichnung)

- mit Vertretern der Schulsozialarbeit:

.....  
(genaue Bezeichnung)

- mit Vertretern des Schulpsychologischen Dienstes

.....  
(genaue Bezeichnung)

- mit Vertretern des Landratsamtes (z. B. Schulverwaltung, Jugend- und / oder Sozialamt)

.....  
(genaue Bezeichnung)

- mit Vertretern der Mittagsversorgung

.....  
(genaue Bezeichnung)

in Verbindung setzen darf, um Einsicht in die Unterlagen wie Förderpläne, Gutachten, ärztliche Atteste, Bescheinigungen, Schulschein des schulärztlichen Dienstes zu nehmen, sowie den Namen des Kindes, der Personenberechtigten und Telefonnummern an vorgenannte Einrichtungen weiter zu geben.

.....  
Unterschrift der Sorgeberechtigte

\* nicht Zutreffendes streichen