

*Schulstempel der beantragenden Schule*

## SCHWEIGEPFLICHT- ENTBINDUNG

Ich bin einverstanden, dass Lehrkräfte des MSD bezüglich meines Kindes

\_\_\_\_\_ , geboren am \_\_\_\_\_

mit folgenden Einrichtungen und Personen Informationen gegenseitig austauschen dürfen:

1.	<input type="checkbox"/> <b>Grundschule/ Mittelschule:</b>
2.	<input type="checkbox"/> <b>Andere Schule:</b>
3.	<input type="checkbox"/> <b>Beratungslehrer / Schulpsychologe:</b>
4.	<input type="checkbox"/> <b>Kindergarten / SVE:</b>
5.	<input type="checkbox"/> <b>Therapeuten:</b>
6.	<input type="checkbox"/> <b>Kliniken:</b>
7.	<input type="checkbox"/> <b>Ärzte:</b>
8.	<input type="checkbox"/> <b>Hort / Heilpäd. Tagesstätte:</b>
9.	<input type="checkbox"/> <b>Andere Institutionen:</b> <i>Jugendamt, Erziehungsberatungsstelle, Einrichtung der Jugendhilfe (z.B. Heime)</i>

Die ausgetauschten Informationen unterliegen der Schweigepflicht.

Die Entbindung der Schweigepflicht kann jederzeit widerrufen werden.

\_\_\_\_\_ Ort

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift der Erziehungsberechtigten