



SCHWEIGEPFLICHT- ENTBINDUNG

Schulstempel der beantragenden Schule

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"/> Grundschule/ Mittelschule:
2.	<input type="checkbox"/> Andere Schule:
3.	<input type="checkbox"/> Beratungslehrer / Schulpsychologe:
4.	<input type="checkbox"/> Kindergarten / SVE:
5.	<input type="checkbox"/> Therapeuten:
6.	<input type="checkbox"/> Kliniken:
7.	<input type="checkbox"/> Ärzte:
8.	<input type="checkbox"/> Hort / Heilpäd. Tagesstätte:
9.	<input type="checkbox"/> Andere Institutionen: <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