

Schweigepflichtentbindung (unbefristet)

Wir als Erziehungsberechtigte/Eltern der Schülerin/des Schülers

(Name, Geburtsdatum)

sind damit einverstanden, dass

das Klassenteam:

KlassenlehrerIn
päd. MitarbeiterIn sowie
Therapieteam

medizinische Informationen, Hilfsmittelversorgung, Gutachten, Arztberichte und dergleichen über unser Kind eigenständig (nach Absprache mit mit/uns) einholen und mit den verschiedenen Institutionen austauschen darf.

Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigte

Datum