

Schweigepflichtentbindung

Ich bin damit einverstanden, dass die Mitarbeiter des MSD der Franziskus-von-Assisi-Schule Au am Inn, bezüglich meines Kindes _____, geboren am _____ mit folgenden Einrichtungen und Personen Informationen bzgl. der Förderdiagnostik austauschen dürfen:

(Bitte entsprechend ankreuzen und Namen bzw. Kontaktdaten angeben)

- Kindergarten / SVE*

- Zuständige Schule*

- Schulpsychologie*

- Hausärztin / Hausarzt*

- Bezirkssozialarbeit (BSA)*

- Heckscher-Klinik*

- Kinderzentrum*

- Therapeuten*

- Weitere Personen / Einrichtungen*

Die ausgetauschten Informationen unterliegen der Schweigepflicht. Diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden.

_____, den _____

Ort

Datum

Unterschrift des/ der Erziehungsberechtigten