

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, Frau Weißleder und die an der Schule tätige Sonderpädagogin (MSD) Frau Abel sowie die Schulleiterin Frau Voigt **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):

.....
(genaue Bezeichnung)

- mit Vertretern der Schulsozialarbeit:

.....
(genaue Bezeichnung)

- mit Vertretern der Stadtverwaltung Eisenach
(z. B. Schulverwaltung, Jugend- und / oder Sozialamt):

.....
(genaue Bezeichnung)

in Verbindung setzen darf, um Einsicht in die Unterlagen wie Förderpläne, Gutachten, ärztliche Atteste, Bescheinigungen, Schulschein des schulärztlichen Dienstes zu nehmen.

.....
Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten

* nicht Zutreffendes streichen

nach Vorlage:

Staatliches Schulamt Eisenach, Steuergruppe zur Weiterentwicklung der Förderzentren und des Gemeinsamen Unterrichts, 2010
Schulleiterberatung vom 23. April 2009
Blatt 12 - 1