

Schweigepflichtentbindung

Durch die Schweigepflichtentbindung ermöglichen Sie den Austausch und die Vernetzung von Lehrkräften und der Schulsozialarbeiter der Grundschule Im Apfelgarten mit den Mitarbeitenden des Kindergartens zum Wohle Ihres Kindes.

Sie können die Schweigepflichtentbindung jederzeit widerrufen.

Ich/ Wir _____ (Name, Vorname)

als Erziehungsberechtigte/r von _____ (Name des Kindes)

geboren am _____ (Datum ergänzen)

entbinde(n) die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Kindergartens

_____ (Name der Einrichtung ergänzen)

und die Lehrkräfte sowie die Mitarbeitenden der Schulsozialarbeit der Grundschule Im Apfelgarten gegenseitig von der Schweigepflicht.

Die Schweigepflichtentbindung ist begrenzt vom _____ bis _____

Datum, Ort

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r