

# Einwilligung zur Schweigepflichtsentbindung

Name, Vorname der/des Erziehungsberechtigten	Datum
Straße, Hausnummer	Schulstempel <b>Staatliche Grundschule „Am Kieselbach“</b> Theo-Neubauer-Str. 2, OT Kieselbach 36460 Krayenberggemeinde Tel. 03 69 63 / 60 60 1 + 2 28 57 Fax 03 69 63 / 2 28 56
PLZ, Ort	
Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum des Kindes

Hiermit erteile ich meine\* / erteilen wir unsere\* Einwilligung, dass sich der Beratungslehrer der Grundschule „Am Kieselbach“

Frau Bröcker

und der gegebenenfalls an der Schule tätige Sonderpädagoge (MSD)

Frau\* / Herr\* \_\_\_\_\_

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):

Frau Bastian, Frau Jung

\_\_\_\_\_  
(genaue Bezeichnung)

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten

\*nicht Zutreffendes streichen