



Name, Vorname des/der Erziehungsberechtigten

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon/Handy

Schweigepflichtenentbindung

für den Austausch von Informationen

über mein/unser Kind _____, geb. am _____

Hiermit stimme ich/stimmen wir dem wechselseitigen Austausch von Informationen (Auskünfte, Gutachten, Berichte, Untersuchungsergebnisse usw.) zu, die ausschließlich für den Schulbesuch meines/unseres Kindes und den damit zusammenhängenden Sachverhalten relevant sind.

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass ein wechselseitiger Austausch von Informationen stattfindet zwischen der Realschule Heiligenhaus und ...:

- dem Jugendamt
 - dem Gesundheitsamt
 - dem Arzt/Facharzt
 - der Beratungs- und Therapieeinrichtung
 - dem (Schul)Psychologen
 - andere Personen/Einrichtungen: _____
- _____

Mit der Weitergabe dieser Erklärung an genannte Einrichtungen bin ich/sind wir einverstanden.

Ich/Wir wurde/n informiert, dass:

- auch Informationen ausgetauscht werden können, die dem Datenschutz unterliegen;
- diese Schweigepflichtenentbindung jederzeit schriftlich widerrufen werden kann.

Ort, Datum - Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten