

## Entbindung von der Schweigepflicht

(Stand Juni 2024)

Name, Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Kindes: \_\_\_\_\_

Anliegen (*Auswahl erfolgt durch Schulzentrum*):

- ☒ Vorschulische Beratung/Schuleingangsphase
- ☐ Schullaufbahnberatung
- ☒ Verfahren zur Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs (in Kooperation mit dem MSD der vom LaSuB mit der Diagnostik beauftragten Förderschule)
- ☐ Unterstützte Kommunikation
- ☐ Beratung im Rahmen der Schulsozialarbeit
- ☐ Beratung zu einer ggf. künftigen Aufnahme (Quereinstieg)
- ☐ \_\_\_\_\_

Ich/wir entbinde(n) die im folgenden genannten Einrichtungen/Personen von Ihrer Schweigepflicht gegenüber den von der Schulleitung beauftragten Mitarbeiter:innen des Werner-Vogel-Schulzentrums und umgekehrt:

| Einrichtung | Name, ggf. Anschrift, Telefon, E-Mail |
|-------------|---------------------------------------|
|             |                                       |
|             |                                       |
|             |                                       |
|             |                                       |
|             |                                       |

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass die genannten Einrichtungen bzw. Personen mit den genannten Mitarbeiterinnen des Werner-Vogel-Schulzentrums mündlich und schriftlich Informationen über mein/unser Kind austauschen.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Unterschrift(en): \_\_\_\_\_