

Grundschule Wandersleben

Staatliche Grundschule
in Trägerschaft des Landkreises Gotha



Einwilligung zur Schweigepflichtentbindung

Angaben über den Schüler/ die Schülerin:

Name, Vorname: _____

geb. am: _____

Anschrift: _____

Sorgeberechtigte Personen:

| | |
|-----------------|-----------------|
| Name, Vorname: | Name, Vorname: |
| geb.am: _____ | geb.am: _____ |
| Anschrift: | Anschrift: |
| Telefon/E- Mail | Telefon/E- Mail |

Zweck der Schweigepflichtentbindung:

Die Schweigepflichtentbindung dient dem besseren Austausch zwischen dem pädagogischen Fachpersonal der Staatlichen Grundschule Wandersleben und den Mitarbeiter*innen der genannten Institutionen, um die bestmögliche Förderung und Unterstützung meines/unseres Kindes zu gewährleisten.

Bitte ankreuzen:

Ich gestatte dem pädagogischen Fachpersonal der Staatlichen Grundschule Wandersleben mit den in der Tabelle aufgeführten Personen/ Institutionen Informationen auszutauschen.

Ich bin damit einverstanden, dass der Staatlichen Grundschule Wandersleben Daten, Befunde, Berichte und weitere relevante Unterlagen über mein Kind von den genannten Personen Institutionen zur Verfügung gestellt werden dürfen.

Gültigkeitsdauer:

- Bis zum Ende der Grundschulzeit
- Bis zum Ende des Schuljahres _____
- Bis auf Widerruf (Widerruf ist jederzeit möglich)
- Sonstige Dauer: _____

