

\_\_\_\_\_  
(Vor- und Nachname)

Datteln, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Straße, Nr.)

\_\_\_\_\_  
(PLZ, Ort)

\_\_\_\_\_  
(Telefon-Nr.)

## Schweigepflichtentbindung

Hiermit willige ich freiwillig als sorgeberechtigter Elternteil ein, dass die Gustav-Adolf-Schule Auskünfte, Untersuchungsergebnisse und Beobachtungen über mein Kind

\_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_,

wohnhaft \_\_\_\_\_

- vom Kindergarten: \_\_\_\_\_  Schulspiel darf durchgeführt werden.
- von Ärzten: \_\_\_\_\_
- vom Krankenhaus / Kinderklinik Datteln: \_\_\_\_\_
- vom Schulpsychologen: \_\_\_\_\_
- von der Erziehungsberatungsstelle: \_\_\_\_\_
- von der Schule: \_\_\_\_\_
- von Logopädiepraxis: \_\_\_\_\_
- von Ergotherapiepraxis: \_\_\_\_\_
- vom Jugendamt \_\_\_\_\_
- von der Schulsozialarbeit \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

einholen und Rücksprache nehmen darf. Die o. g. Personen bzw. Institutionen können sich miteinander austauschen. Die Angaben werden im Rahmen der Begutachtung (AO-SF, Stellungnahme zur Notwendigkeit von Frühförderung etc.) verwendet. Andere Stellen werden nicht informiert.

Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)