

MOBILE SONDERPÄDAGOGISCHE HILFE MSH

Schuljahr 2020/21



Schweigepflichtentbindung Erklärung der/des Erziehungsberechtigten

Name, Vorname(n) des Kindes

Name(n), Vorname(n) der/des Erziehungsberechtigten

Adresse, Telefon

Hiermit entbinde ich / entbinden wir

Frau / Herrn _____ und
Mitarbeiterin / Mitarbeiter der MSH

- die/den Mitarbeiter/-in der Kindertagesstätte, Fr. / Hr. _____
- die/den Mitarbeiter/-in der Heipäd. Tagesstätte, Fr. / Hr. _____
- die/den Mitarbeiter/-in der Frühförderstelle, Fr. / Hr. _____
- die/den Mitarbeiter/-in der Fachklinik, Fr. / Hr. _____
- die/den Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Fr. / Hr. _____
- die/den Kinderärztin/-arzt, Fr. / Hr. _____
- die/den Therapeut/-in, Fr. / Hr. _____
- die/den Mitarbeiter/-in der Erziehungsberatungsstelle, Fr. / Hr. _____
- die/den Mitarbeiter/-in der Bezirkssozialarbeit, Fr. / Hr. _____
- _____

von der gegenseitigen Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten