



## Entbindung von der Schweigepflicht

Name, Vorname des Kindes	
geboren am	
Anschrift Telefon	

Ich bin/ Wir sind damit einverstanden, dass die Lehrkraft	(Name der Lehrkraft)
	Mobiler Sonderpädagogischer Dienst SFZ München Nord-Ost (Schulname)

bezüglich meines/unsere Kindes mit folgender Person gegenseitig schriftliche und mündliche Informationen austauschen darf.

Name	
Einrichtung/ Adresse (Klinik, HPT, Kita, SVE, Ergotherapeut, Hausarzt, Amt für Jugend und Familie, BSA, Fachdienste, Schule, SPZ, Nachmittagsbetr, ...)	
Telefonnummer	
E-Mail	

Zum Zwecke:

--

Datum	Unterschrift(en) des/ der Personensorgeberechtigten
-------	---

- Ich handle im Einvernehmen mit dem anderen Elternteil
- Ich habe das alleinige Sorgerecht

Die ausgetauschten Informationen unterliegen der Schweigepflicht. Diese Erklärung über die Befreiung von der Schweigepflicht kann jederzeit schriftlich von den Personensorgeberechtigten widerrufen werden.