



Entbindung von der Schweigepflicht

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass

Herr / Frau _____ (MSD des Sonderpädagogischen
 Förderzentrums Mallersdorf) von folgenden Personen Informationen, Daten und
 Testergebnisse bzgl. meines / unseres Kindes _____,
 geb. am _____ einholen und an diese weitergeben darf:

- Name: _____ Einrichtung: _____
- Name: _____ Einrichtung: _____
- Name: _____ Einrichtung: _____
- Name: _____ Einrichtung: _____

(z.B. weitere Lehrkräfte der Schule, Beratungslehrkraft, zuständige Jugendsozialarbeit an Schulen (JAS)
 bzw. Mitarbeiter des Jugendamtes, Arzt, Therapeut, Beratungsstellen, ...)
 Bitte namentlich nennen!

Ein Austausch mit der Klassenlehrkraft ist Grundvoraussetzung der Arbeit des Mobilen
 Sonderpädagogischen Dienstes und durch die Anforderung des MSD genehmigt.

Ort, Datum

Unterschrift des Sorge-/ Erziehungsberechtigten

Unterschrift des Sorge-/ Erziehungsberechtigten