



GESAMTSCHULE
AM ROSTERBERG

Siegens 4.

Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde/n ich/ wir _____
(Name des Erziehungsberechtigten)

den/die Lehrer/in oder Sozialpädagogin _____
(Name)

gegenüber

dem behandelnden Arzt _____

der psychologischen Beratungsstelle _____

der Kinder- und Jugendpsychiatrie _____

dem Jugendamt _____

dem Gesundheitsamt _____

sonstiger Einrichtung _____

Die Schweigepflichtentbindung soll sich auf den Austausch von Informationen von

_____ beziehen. Sie ist freiwillig und kann jederzeit
(Name des Kindes)

widerrufen werden.

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____