



Fürstenfeldbruck, den

Schweigepflichtentbindung

Name und Vorname: _____

Hiermit bin ich einverstanden, dass die Klassenlehrkräfte/Schulleitung

_____ der Cäcilien-Schule

mit

(Name der Person und Name der Institution)

Kontakt aufnehmen und sich über die Entwicklung, Förderung und diagnostische Ergebnisse von

_____, geb. _____, gegenseitig austauschen.

Datenschutzhinweis:

Mir ist bekannt, dass diese Erklärung zur Einwilligung und Entbindung von der Schweigepflicht freiwillig ist.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung zur Einwilligung und Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen kann.

Name des Kindes

Datum und Unterschrift