



Entbindung von der Schweigepflicht

Wir/Ich, die Eltern/der/die Sorgeberechtigte(n) von

.....
(Vorname, Name des Kindes)

geboren
(Geburtsdatum d. Kindes)

wohnhaft in.....
(Postleitzahl, Wohnort)

.....
(Straße, Hausnummer)

entbinde(n)

die zuständige MSD-Lehrkraft _____

sowie

den Kinderarzt/ die Kinderärztin in

die Mitarbeiter/die Mitarbeiterin des Sozialpädiatrischen Zentrums Hochfranken

den Mitarbeiter/die Mitarbeiterin der Jugendsozialarbeit an Schulen

.....

.....

jeweils wechselseitig von der gesetzlichen Schweigepflicht.

.....,
(Ort) (Datum)

.....
(Unterschrift der Eltern/der Erziehungsberechtigten)