Albert-Schweitzer-Schule
Gemeinschaftsgrundschule der Stadt Siegen

Amselweg 14 · 57078 Siegen
Telefon: 0271/83974
Fax: 0271/8706005
E-Mail: 134855@schule.nrw.de

Entbindung von der Schweigepflicht

Erziehungsberechtigte: _____

_____

Anschrift: _____

Hiermit erkläre/n ich/wir mich/uns damit einverstanden, dass die Schulleitung bzw. von der Schulleitung beauftragte Lehrkräfte/Mitarbeiter der Albert-Schweitzer-Schule im Zusammenhang mit der Einschulung und der weiteren Schullaufbahn des Kindes

Name des Kindes: _____

geboren am _____

zu Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern anderer Einrichtungen, wie

- Kindergarten/Tageseinrichtung: _____
- Schule: _____
- Gesundheitsamt: _____
- Kinderarzt/Hausarzt: _____
- Ergotherapeuten/Logopäden/Motopäden u.ä.:

  _____
- Jugend-/Sozial-/Asylamt:

  _____
- Familienhilfen (z.B. ev. Friedenshort, Jugendtreff, EJA, VAKS, etc.):

  _____
- Therapeuten für Kinder- und Jugendpsychatrie:

  _____

Kontakt aufnehmen und mündliche bzw. schriftliche Informationen über die in §6 VO-DV I aufgeführten Daten (Schülerstammblatt, Entscheidungen über den Bedarf an sonderpädagogischer Förderung, Informationen über gesundheitliche Beeinträchtigungen und/oder körperliche Behinderungen und Kopie des letzten Zeugnisses) hinaus austauschen können.

_____

(Ort, Datum) (Unterschrift)