MITTELSCHULE
DORFEN

Josef-Martin-Bauer-Str. 14
84405 Dorfen
Tel: 08081/4005
Fax: 08081/4033
E-Mail: kontakt@mittelschule-dorfen.de
Internet: www.mittelschule-dorfen.de

Entbindung von der Schweigepflicht

Name, Vorname des Kindes:	
Geboren am:	
Anschrift:	

Erziehungsberechtigte

Art: □ Vater □ Mutter □	Art: □ Vater □ Mutter □
Sorgeberechtigt? □ Ja □ Nein	Sorgeberechtigt? □ Ja □ Nein
Name, Vorname:	Name, Vorname:
Anschrift, falls abweichend vom Kind:	Anschrift, falls abweichend vom Kind:

Ich bin/ Wir sind damit einverstanden, dass die zuständige Lehrkraft oder der/die Mitarbeiter/in des Inklusionsteams der Mittelschule Dorfen bezüglich meines/unseres Kindes mit folgender Person gegenseitig schriftliche und mündliche Informationen austauschen darf.	Zum Zwecke:
Name(n) Lehrkraft / Mitarbeiter Inklusionsteam:	

Einrichtung: (z.B. Klinik, HPT, Kita, SVE, Ergotherapeut, Hausarzt, Amt für Jugend und Familie, BSA, Fachdienste, Schule, Nachmittagsbetreuung, SPZ, …)	Genaue Bezeichnung:
Name:	
Telefon	
Email:	

Datum:	Unterschrift(en) des/der Personensorgeberechtigten:

□Ich handle im Einvernehmen mit dem anderen Elternteil

□Ich habe das alleinige Sorgerecht

Die ausgetauschten Informationen unterliegen der Schweigepflicht. Diese Erklärung über die Befreiung von der Schweigepflicht kann jederzeit schriftlich von den Personensorgeberechtigten widerrufen werden.