

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit stimme ich

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

und

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Im Interesse meines Kindes

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

einer wechselseitigen Entbindung der Schweigepflicht des Sachgebiets Familie, Jugend, Bildung Pfaffenhofen mit folgenden Personen / Institutionen zu:

- Kindergarten, SVE, Frühförderung, Kinderkrippe
- Schule
- Tagesstätte/Hort
- Psychologen, Therapeuten, Ärzte
- Kliniken
- Institutionen
- Sonstige:

Die Schweigepflichtentbindung kann jederzeit in schriftlicher Form widerrufen werden.

Ort, Datum; Unterschrift des Personensorgeberechtigten