



Erklärung über die Entbindung von der Schweige-/ Verschwiegenheitspflicht

Name, Vorname des Kindes:

Klasse:

Anschrift:

Name der/s Erziehungsberechtigten:

Telefonnummer:

Ich / Wir entbinde/n (zutreffendes bitte ankreuzen)

- ☐ die Klassenleitung meines Kindes
- ☐ die Lehrkräfte der Klasse meines / unseres Kindes,
- ☐ den Schulsozialarbeiter
- ☐ die Schulleitung

des *Heinrich-von-Kleist-Gymnasiums* im Hinblick auf die pädagogisch gewonnenen Erkenntnisse über mein / unser Kind von der diesem bzw. mir / uns gegenüber bestehenden gesetzlichen Schweige-/Verschwiegenheitspflichten.

Die Entbindung von der Schweige-/Verschwiegenheitspflicht berechtigt die oben bestimmte/n Person/en zum Austausch mit:

(Name, Funktion und Erreichbarkeit z.B. Therapeut*in / Ärztin)

Sie berechtigt nicht, die erhaltenen Informationen gegenüber dritten Personen zu verwenden. Alle Informationen werden vertraulich behandelt.

Meine / Unsere Einwilligung über die Entbindung von der Schweige-/ Verschwiegenheitspflicht habe*n ich / wir freiwillig abgegeben. Mir / Uns ist bekannt, dass ich / wir diese Erklärung zur Entbindung von der Schweige- / Verschwiegenheitspflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann / können.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r