



Entbindung von der Schweigepflicht

Vor- und Zuname des Kindes: _____ Klasse: _____

Hiermit entbinde(n) ich/wir _____
Vor- und Zuname

wohnhaft in _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

die folgenden genannten Ärzte / Therapeuten o.ä. von der Schweigepflicht und willige der Herausgabe von Informationen über meinen Sohn / meine Tochter ein.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Die Entbindung der Schweigepflicht gilt gegenüber:

- der Julius- Leber- Schule im Allgemeinen
- der Schulleitung der Julius-Leber-Schule
- der Schulsozialarbeit
- gegenüber der Lehrkraft / den Lehrkräften _____

- _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift Erziehungsberechtigte*r: _____