

Einwilligung zur Schweigepflichtentbindung

Name, Vorname der/des Erziehungsberechtigten	Datum
(Straße, Hausnummer)	voraussichtlicher Ort der Beschulung: GS Dippach
(PLZ, Ort)	
Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum des Kindes

Hiermit - erteile ich meine / erteilen wir unsere - Einwilligung, dass sich die für den Übergang zuständige Grundschule in Vorbereitung eines erfolgreichen Schulbesuchs - meines / unseres - Kindes

mit Erziehern der Kindertagesstätte:

.....
(genaue Bezeichnung)

mit Vertretern der Frühförderstelle:

.....
(genaue Bezeichnung)

mit Vertretern der Beratungs- und Therapiezentren (z.B. Logopäden, SPZ, Beratungsstellen):

.....
(genaue Bezeichnung)

mit Vertretern des schulärztlichen Dienstes (Schularzt)

.....
(genaue Bezeichnung)

in Verbindung setzen darf, um Einsicht in die Unterlagen wie Förderpläne, Gutachten, ärztliche Atteste, Bescheinigungen, Schulschein des schulärztlichen Dienstes zu nehmen.

.....
Unterschrift der Erziehungsberechtigten

* Zutreffendes unterstreichen bzw. ankreuzen