

ERKLÄRUNG ZUR ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEFLICHT

Ich gebe hiermit mein Einverständnis, dass

(Name und Adresse des Kindergartens)

berechtigt ist, alle zur gezielten Förderung meines Kindes erforderlichen Auskünfte (Gutachten, Untersuchungsergebnisse, Diagnosen, Therapiepläne etc.) mündlicher und schriftlicher Art an Institutionen, die an der Maßnahme beteiligt sind, weiterzuleiten bzw. von diesen einzuholen.

Diese Erklärung gilt gegenüber folgender Institution:

**Grundschule Mühlenweg
Schellingstr. 17
26384 Wilhelmshaven**

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

(Ort, Datum, Unterschrift des/der Sorgeberechtigten)