

Schweigepflichtsentbindung

Schulstempel

Schüler*in (Vor- und Nachname):

Geburtsdatum:

Erziehungsberechtigte (ggf. weitere Sorgeberechtigte, z.B. Vormund Pflegeeltern, Heim, usw. - **spezielle Sorgerechtsregelung ist schriftlich nachzuweisen**)

- ☐ gemeinsames Sorgerecht im gemeinsamen Haushalt
- ☐ gemeinsames Sorgerecht bei getrenntlebenden Sorgeberechtigten (bitte beide Adressen angeben)
- ☐ alleiniges Sorgerecht (mit Nachweis, z. B. durch Negativbescheinigung vom Jugendamt)
- ☐ Vormund (mit Nachweis durch Bestallungsurkunde)

Name und Vorname Sorgeberechtigte Person 1:

Name und Vorname Sorgeberechtigte Person 2:

Ich/Wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass die begutachtenden Lehrer*innen Informationen über die Entwicklung unseres o.g. Kindes bei folgenden Stellen/Personen einholen dürfen.

Hiermit entbinde ich die Vertreter/innen (Name und/oder Institution angeben)

☐ der Schulpsychologischen Beratungsstelle

☐ der Erziehungsberatungsstelle:

☐ des Jugendamtes:

☐ des behandelnden Arztes / Therapeuten:

☐ Sonstige:

von ihrer Schweigepflicht im Rahmen des Überprüfungsverfahrens gemäß AO-SF.

Insofern können auf Anfrage förderdiagnostische Daten und Informationen über mein/unser Kind – im Sinne der bestmöglichen Förderung – mit o.a. Institution/en ausgetauscht werden. Diese Informationen sind streng vertraulich zu behandeln und dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden.

Ort und Datum:

Unterschrift der Erziehungsberechtigten: