Pater-Rupert-Mayer-Zentrum
Privates Förderzentrum mit Schwerpunkt
körperlich-motorische Entwicklung

Entbindung von der Schweigepflicht

Träger:
Katholische
Jugendfürsorge
der Diözese
Regensburg e.V.

Liebe Eltern und Sorgeberechtigte,

im Rahmen der Tätigkeit im Mobilen Sonderpädagogischen Dienst stimmen Sie zu, dass wir zum Zweck der bestmöglichen Förderung Ihres Kindes mit folgenden Personen Kontakt aufnehmen.

Hiermit entbinde/n ich/wir, _____
Name und Vorname aller Sorgeberechtigten

_____
Straße, Hausnummer

_____
PLZ, Ort

_____
Telefonnummer

als Eltern/Sorgeberechtigte/gesetzliche Vertreter von _____
Name und Vorname des Kindes

- *Frau Edeltraud Maninger, StRin FS*
- *Frau Petra Winter, StRin FS*
- *Frau Andrea Engelhardt, StRin FS*
- *Frau Melanie Baier, StRin FS*
- *Frau Laura Weixel, StRin FS*

für folgende mögliche Anlässe:

Beratung der Lehrkraft, Nachteilsausgleich, Befundbericht, Schullaufbahnberatung, Berufsberatung …

gegenüber _____ *

gegenüber _____

gegenüber _____

* Anmerkung: z. B. Dr. Muster, behandelnder Orthopäde / Marianne Muster, Leiterin des Kindergartens NN / Anna Muster, Schulleiter des SFZ NN

von seinen/ihren mir gegenüber bestehenden
(ärztlichen / anwaltlichen / psychotherapeutischen, etc.) **Schweigepflichten.**

Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund meiner Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift(en) aller Sorgeberechtigten

_____
Ggf. weitere Sorgeberechtigte