



SCHWEIGEPLICHTSENTBINDUNG

NAME (KIND)

KLASSE

ADRESSE

NAME (ELTERN)

Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass das SBBZ Lernen Martin-Schule Daten, berichte und Unterlagen über mein / unser Kind für die Beratung und Unterstützung zur Verfügung gestellt bekommen.
Die Einwilligung kann verweigert werden. Das Formular braucht nicht unterschrieben werden, wenn keine Einwilligung erteilt wird. Ich / wir hatte/n Gelegenheit Fragen zu stellen und habe/n darauf Antworten erhalten.

DIE SCHWEIGEPLICHTSENTBINDUNG BEZIEHT SICH AUF FOLGENDE INSTITUTIONEN UND PERSONEN:

	ANSPRECHPARTNER/IN	TELEFONNUMMER / MAIL
SCHULE		
KINDERGARTEN		
FRÜHFÖRDERUNG		
ARZT		
KLINIK		
THERAPEUTEN		
JUGENDAMT		
BERATUNGSSTELLE		

DIE LEHRKRÄFTE SIND VERPFLICHTET, DIE INFORMATIONEN VERTRAULICH ZU BEHANDELN. SIE UNTERLIEGEN DER SCHWEIGEPLICHT UND DEN DATENSCHUTZRECHTLICHEN BESTIMMUNGEN

Datum und Ort

Unterschrift