



Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Schulstraße 11b, 49219 Glandorf, Telefon 05426-930822

Ich _____
(Name des Erziehungsberechtigten)

wohnhaft _____
(Adresse des Erziehungsberechtigten)

geboren am _____, in _____
(Geburtstag und Geburtsort d. Erziehungsberechtigten)

willige ein, dass im Sinne der Kooperation Kindergarten - Grundschule
die Grundschule Glandorf, vertreten durch Stefanie Wilkens und Julia Brünemann-Kämper

und
der Kindergarten

und
der Gesundheitsdienst des LkOS, vertreten durch J. Förster und B. Remling

gegenseitig Unterlagen über mein Kind

_____, geb. am _____

einsehen, vertrauliche Gespräche führen und schriftlich Auskunft geben dürfen.

In diesem Zusammenhang werden auch gegenseitige Hospitationen und Beobachtungen (in Kleingruppen oder auch einzeln) durchgeführt.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Glandorf, _____

Unterschrift des Erziehungsberechtigten