



## Schweigepflichtentbindung

Erklärung der/des Erziehungsberechtigten

**Hiermit willige ich / willigen wir ein,  
dass der Mobile Sonderpädagogische Dienst Geistige Entwicklung**  
(gilt nur für das Schuljahr 2020/21)

mit

dem Arzt \_\_\_\_\_

Vertretern von

Pädagogischer Frühförderung \_\_\_\_\_

Kindergarten \_\_\_\_\_

Ergotherapie \_\_\_\_\_

Logopädie \_\_\_\_\_

sonstigen Einrichtungen: \_\_\_\_\_

**über mein / unser Kind**

**Name:** \_\_\_\_\_ **geb.:** \_\_\_\_\_

**im Rahmen der sonderpädagogischen Beratung spricht  
(Entbindung von der Schweigepflicht), in entsprechende Unterlagen  
Einsicht nehmen und seine Ergebnisse den angegebenen Stellen  
weitergeben darf.**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift