



Scheidfeldstraße 21,
34471 Volkmarsen, 05693/459

sankt-marien-volkmarsen@kita.bistum-fulda.de

Schweigepflichtsentbindung für die interdisziplinäre Zusammenarbeit

DATEN DES KINDES

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Anschrift: _____
(Strasse)

(Wohnort)

Als Personensorgeberechtigte/r für mein oben genanntes Kind entbinde ich folgende Personen und Institutionen von der Schweigepflicht.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Somit erteile ich die ausdrückliche Genehmigung, dass die aufgeführten Institutionen und Personen ärztliche Unterlagen, Testergebnisse oder Berichte mit der Kindertagesstätte austauschen dürfen.

Gespräche bezüglich der Entwicklung meines Kindes und seiner Förderung dürfen in diesem Zusammenhang mit dem pädagogischen Personal der Kindertagesstätte geführt werden.

Die Entbindung der Schweigepflicht kann zu jeder Zeit schriftlich widerrufen werden.

Datum

Unterschrift des/der Sorgeberechtigten