

Schweigepflichtentbindung

Ich bin einverstanden, dass über mein Kind, bzw., dass über mich (Jugendliche*r)

Name: _____ geb. am: _____

wohnhaft in _____

ein Informations- und Erfahrungsaustausch im Hinblick auf das Leistungsvermögen, den Entwicklungsstand, Schwierigkeiten, Auffälligkeiten, etc. mit

O Kita/Hort/Vorschule _____

Anschrift: _____

Berlin, den _____

Unterschrift des*r Sorgeberechtigten

O Schule _____

Anschrift: _____

Berlin, den _____

Unterschrift des*r Sorgeberechtigten

O Haus-/Kinderärztin _____

Anschrift: _____

Berlin, den _____

Unterschrift des*r Sorgeberechtigten

O Ergotherapeut*in _____

Anschrift: _____

Berlin, den _____

Unterschrift des*r Sorgeberechtigten

O Sonstige: _____

Anschrift: _____

Berlin, den _____

Unterschrift des*r Sorgeberechtigten

stattfindet.