

Schweigepflichtentbindung

(gem. Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes BDSG)

Personensorgeberechtigte:

☐ gemeinsames Sorgerecht

☐ alleiniges Sorgerecht

☐ Mutter

☐ Vater

Mutter

Vater

Name, Vorname

Strasse

Wohnort

Name des Kindes/ Jugendlichen: _____

Geburtsdatum: _____

Ich bin/ wir sind damit einverstanden, dass von den nachfolgend genannten Personen/ Institutionen:

die notwendigen Daten erhoben, verarbeitet und verwendet werden und entbinde sie untereinander von der Schweigepflicht.

Mit dem wechselseitigen Informationsaustausch bin ich/ sind wir einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des/ der Personensorgeberechtigten

Die Schweigepflichtentbindung kann jeder Zeit bei untenstehender Adresse für die Zukunft schriftlich widerrufen werden.

Bemerkungen: _____

Büro Schulsozialarbeit, Stummstraße 68-70, 66763 Dillingen,

Telefon 0 68 31/ 7 64 13 55

Stand: 16.09.24