|  |
| --- |
|       |

 Ort, Datum

|  |
| --- |
| (Erziehungsberechtigte/r)       |
| (Straße, Haus-Nr.)      |
| (PLZ, Ort)      |
| (Telefon-Nr.)      |

# **Schweigepflichtentbindung**

Mit dem Schulamt für den Kreis Paderborn und den beauftragten Lehrpersonen habe(n) ich/wir für mein/unser Kind

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |       |       |

Name Vorname Geburtsdatum

diagnostische Fragen im Verfahren zur Feststellung eines sonderpädagogischen Unterstützungsbedarfs zu klären.

Im Interesse des Kindes entbinde ich/wir deshalb folgende Person/en bzw. Institution/en gegenüber dem Schulamt und den beauftragten Gutachtern/innen von der Schweigepflicht:

[ ]  Kindertageseinrichtung

[ ]  LWL-Klinik Marsberg und/oder Paderborn ­­­­­­­­­­­­­

[ ]  Ärzte

[ ]  Therapeuten

[ ]  SPZ (Sozialpädiatrisches Zentrum)

[ ]  Gesundheitsamt

[ ]  Jugendamt/SPFH

[ ]  sonstige

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten Unterschrift der/des 2. Erziehungsberechtigten

 (bei getrennt lebenden Eltern)