
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)