



Albert-Schweitzer-Schule

Gemeinschaftsgrundschule
Eichenstraße 76 • 45711 Datteln

Schweigepflichtentbindung

Hiermit willige ich freiwillig als sorgeberechtigter Elternteil ein, dass die Albert-Schweitzer-Schule
Auskünfte, Untersuchungen und Beobachtungen über mein Kind

_____ geb.: _____

wohnhaft _____

- ☐ vom Kindergarten: _____
- ☐ von Ärzten: _____
- ☐ vom KKH/Kinderklinik: _____
- ☐ vom Schulpsychologen: _____
- ☐ von der Erziehungsberatungsstelle: _____
- ☐ von der Schule: _____
- ☐ von der Schulpflicht: _____
- ☐ von der Logopädiepraxis: _____
- ☐ von der Ergotherapiepraxis: _____
- ☐ _____
- ☐ _____

einholen und Rücksprache nehmen darf. Die o.g. Personen bzw. Institutionen können sich
miteinander austauschen. Die Angaben werden im Rahmen der Begutachtung (AO-SF, Stellungnahme
von Frühförderung etc.) verwendet. Andere Stellen werden nicht informiert.

Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

(Vor- und Nachname)

(Straße, Nr.)

(PLZ, Ort)

(Telefon Nr.)

Unterschrift