

.....  
(Name, Vorname)

.....  
(Straße, Hausnummer)

.....  
(PLZ Ort)

## **Schweigepflichtsentbindung**

Ich ..... als Erziehungsberechtigte/r  
(Name, Vorname)

meines Kindes ..... geboren am .....  
(Name, Vorname)

entbinde hiermit die nachfolgend benannte Lehrkraft/Schule

..... von der gesetzlichen Schweigepflicht.  
(Name)

Die Schweigepflichtsentbindung dient dem Informationsaustausch zwischen

..... und der Joseph-Haydn-Schule.  
(Arzt, Therapeut, Institution, etc.)

Diese Schweigepflichtsentbindung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift