

# ERKLÄRUNG ZUR ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT

---

Ich gebe hiermit mein Einverständnis, dass

der Kindergarten: \_\_\_\_\_  
(Name und Adresse)

der Kinderarzt: \_\_\_\_\_  
(Name und Adresse)

die Erziehungsberatungsstelle: \_\_\_\_\_  
(Name und Adresse)

Sonstiges: \_\_\_\_\_  
(Name und Adresse)

berechtigt ist, alle zur gezielten Förderung meines Kindes erforderlichen Auskünfte (Gutachten, Untersuchungsergebnisse, Diagnosen, Therapiepläne etc.) mündlicher und schriftlicher Art an Institutionen, die an der Maßnahme beteiligt sind, weiterzuleiten bzw. von diesen einzuholen.

Diese Erklärung gilt gegenüber folgender Institution:

**Grundschule Altengroden  
Offene Ganztagschule  
Ubbostraße 5  
26386 Wilhelmshaven**

**Name des Kindes:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Ort, Datum, Unterschrift des/der Sorgeberechtigten)