



Entbindung von der Schweigepflicht

Vorname und Name Schülerin/Schüler:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Hiermit willige ich / willigen wir ein, dass dem **Staatlichen Schulamt Böblingen** und den **beteiligten Lehrkräften** Unterlagen (Daten, Berichte) zu meinem / unserem Kind zur Verfügung gestellt werden und dass sich diese Personen darüber austauschen dürfen. Alle Informationen werden vertraulich behandelt.

Die Schweigepflichtentbindung bezieht sich auf folgende Ansprechpartner und Unterlagen

Institution wenn JA **Name der Institution ggf. (gewünschter) Ansprechpartner**

Klinik

Arzt

Therapeuten

Frühförderung

Kindertageseinrichtung

Schulen

Jugendamt

Eingliederungshilfe

Gesundheitsamt

Beratungsstelle

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Im Falle des Widerrufs werden entsprechende Daten zukünftig nicht mehr für die oben genannten Zwecke verwendet und unverzüglich gelöscht.

Soweit die Einwilligung nicht widerrufen wird, gilt diese bis _____.

Im Anschluss daran werden die Daten gelöscht.

Die Einwilligung ist freiwillig. Aus der Nichterteilung oder dem Widerruf der Einwilligung entstehen keine Nachteile.

Ort, Datum

Unterschrift d. Erziehungsberechtigten