

Schweigepflichtentbindung

Herr/Frau _____

wohnhaft in: _____

Sorgeberechtigte/r von: _____ geb. am: _____

wohnhaft in: _____

entbindet die Mitarbeitenden der **Grundschule Apen** von ihrer/seiner Schweigepflicht gem. § 203 StGB / § 65 SGB VIII gegenüber den Mitarbeitenden der folgenden Institutionen*:

Die Schweigepflichtentbindung soll eingeschränkt werden

Nein

Ja, auf folgende Sachverhalte:

Ja, auf folgenden Zeitraum: _____

Diese Schweigepflichtentbindung kann jederzeit formlos auch ohne Angaben von Gründen – für die Zukunft widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

* Kontaktdaten der Institutionen bitte auf der Rückseite notieren