

---

**Einverständniserklärung Schweigepflichtsentbindung** Datum: \_\_\_\_\_

Hiermit erteile/n ich/wir unser Einverständnis, dass die Lehrkräfte und Mitarbeiter/innen der Stephanusschule sowie die Schulsozialarbeit Auskunft über mein/unser Kind bei den unten angegebenen Stellen einholen und erteilen darf.

***Nichtzutreffendes bitte streichen!***

- Kindergarten
- Vorherige Schule/n
- Kliniken/Krankenhäuser, in denen das Kind in Behandlung ist/war
- Arztpraxen, in denen das Kind in Behandlung ist/war
- Jugendamt
- Schulamt
- Gesundheitsamt
- Regionale Schulberatungsstelle
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Ein sorgfältiger Umgang mit den Daten zum Zwecke der Unterrichtung, Förderung, Durchführung der schulischen Arbeit usw. wird zugesichert. Die Einwilligung ist jederzeit widerrufbar. Aus der Verweigerung des Einverständnisses bzw. dessen Widerruf entstehen keine Nachteile.

---

Name des Schülers/ der Schülerin

---

Unterschrift

Ort, Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r