



**LANDKREIS
WALDSHUT**

**KREISMEDIENZENTRUM
LANDKREIS WALDSHUT**



www.kreismedienzentrum.landkreis-waldshut.de

Entbindung von der Schweigepflicht

Name, Vorname des Kindes:	Geburtsdatum:
---------------------------	---------------

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass der sonderpädagogische Medienberater (SPMB) des Kreismedienzentrums Waldshut die pädagogischen, psychologischen, medizinischen und therapeutischen Berichte und Unterlagen zu genanntem Kind zur Verfügung gestellt bekommt oder Einsicht nehmen kann. Für die Abklärung eines möglichen iPad-Einsatzes im Unterricht können Unterlagen des sonderpädagogischen Medienberaters auch an die genannten Institutionen weitergegeben werden.

Ich/Wir entbinde/n nachfolgend genannte Institutionen von der Schweigepflicht;
Ich/Wir erlauben die Weiterleitung von Berichten/Unterlagen des sonderpädagogischen Medienberaters an die genannte/n Institutione/n:

- Schule _____
- Arzt _____
- SPZ _____
- Logopädie _____
- Kindergarten _____
- Frühförderung _____
- _____

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten