

Entbindung von der Schweigepflicht und Zustimmung zur Datenübermittlung

Berufsschülerin/Berufsschüler (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Nur bei minderjährigen Berufsschülerinnen/Berufsschülern: Erziehungsberechtigte (Name, Vorname, Anschrift)	

Ich/Wir erkläre(n) mich/uns damit einverstanden, dass die Lehrkraft für Sonderpädagogik im Mobilen Sonderpädagogischen Dienst (MSD) mit den Fachkräften folgender Stellen zusammenarbeiten und Informationen austauschen darf:

- vorhergehende Einrichtung _____
- Kinderarztpraxis _____
- Facharztpraxis _____
- Ergotherapie - Praxis _____
- Logopädie - Praxis _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Die Einwilligung ist freiwillig. Aus der Nichterteilung oder dem Widerruf der Einwilligung entstehen mir/uns keine Nachteile. Mir/Uns ist bekannt, dass ich/wir diese Erklärung jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann/können.

Ort, Datum

Unterschrift Berufsschüler(in) bzw. bei Minderjährigen: Unterschrift(en) Erziehungsberechtigte