GRUNDSCHULE EICHSTÄTT AM GRABEN

Erklärung über die Entbindung von der Schweige-/Verschwiegenheitspflicht

Name, Vorname des Kindes: _____

Klasse: _____

Anschrift: _____

Name der Eltern: _____

Telefonnummer: _____

Ich/Wir entbinde/n die pädagogischen Mitarbeiter*innen *der Praxis Rölz*, die an der *OGT der GS Am Graben* eingesetzt sind, sowie

- die Lehrkräfte der Klasse meines/unseres Kindes,
- die Beratungslehrkräfte,
- die Schulsozialpädagoginnen und -pädagogen,
- die Schulsozialarbeiterinnen und -arbeiter,
- die Schulpsychologin/den Schulpsychologen und
- die Schulleitung

der *Grundschule Am Graben* im Hinblick auf die pädagogisch gewonnenen Erkenntnisse über mein/unser Kind jeweils gegenseitig von der gesetzlichen Schweigepflicht bzw. dienstlichen Verschwiegenheitspflicht, soweit dies dem Wohl und der Förderung des Kindes dienlich erscheint und im Rahmen eines vertrauensvollen Zusammenwirkens zwischen Schule und Kooperationspartner zur Aufgabenerfüllung im schulischen Ganztagsangebot als schulische Veranstaltung erforderlich ist.

Diese Erklärung gilt für das Schuljahr *2022/23.*

Die Entbindung von der Schweige-/Verschwiegenheitspflicht berechtigt die oben bestimmte/n Person/en nicht, die erhaltenen Informationen gegenüber dritten Personen zu verwenden. Alle Informationen werden vertraulich behandelt.

Meine/Unsere Einwilligung über die Entbindung von der Schweige-/Verschwiegenheitspflicht habe/n ich/wir freiwillig abgegeben. Mir/Uns ist bekannt, dass ich/wir diese Erklärung zur Entbindung von der Schweige-/Verschwiegenheitspflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann/können.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Am Graben 9 – 11
85072 Eichstätt

Telefon: 08421 1597
Telefax: 08421 902404

verwaltung@gs-amgraben.de
www.gs-amgraben.de