

Schweigepflichtsentbindung

Name/n der/des Sorgeberechtigten

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Hiermit erteile ich meine/ erteilen wir unsere Einwilligung, dass Herr/ Frau
_____ mit den zuständigen
Repräsentanten

über mein/ unser Kind _____ geb.: _____
im Rahmen ihrer/seiner Beratungstätigkeit spricht und in entsprechende
Unterlagen Einsicht nehmen darf. Die Entbindung der Schweigepflicht gilt
auch im umgekehrten Fall.

Datum

Unterschrift