

## Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Für das Kind: \_\_\_\_\_

geb.: \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Ich erkläre mich einverstanden, dass zwischen Frau \_\_\_\_\_  
Mitarbeiterin der mobilen sonderpädagogischen Hilfe (MSH), der Paul-Moor-Schule Förderzentrum  
und den nachfolgend benannten Fachstellen/Fachkräften ein Austausch zwecks Diagnostik,  
Förderung und Beratung stattfinden darf.

Arzt: \_\_\_\_\_

Therapeut: \_\_\_\_\_

Kindergarten: \_\_\_\_\_

Jugendamt: \_\_\_\_\_

Grundschule: \_\_\_\_\_

Sonstige: \_\_\_\_\_

Diese Einverständniserklärung gilt bis zur Beendigung der Fördermaßnahme.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
**Unterschrift eines Erziehungsberechtigten**