

### 3. Einwilligung zur Schweigepflichtentbindung

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

Hiermit erteile ich meine/erteilen wir unsere Einwilligung, dass sich Pädagogen der TGS „Oststadtschule“ Eisenach meines/ unseres Kindes und der ggf. dort tätige Sonderpädagoge/ MSD in Vorbereitung eines erfolgreichen Schulstart/ einer optimalen Förderung meines/ unseres Kindes

- mit Pädagogen der Kita/ Grundschule/ weiterführende Schule:

.....  
(genaue Bezeichnung)

- mit Vertretern von Institutionen:

.....  
(genaue Bezeichnung)

- mit Vertretern der Beratungs- und Therapiezentren (z.B. Logopäden, SPZ, KJP, Beratungsstellen):

.....  
(genaue Bezeichnung)

- mit Vertretern des schulärztlichen Dienstes (Schularzt)

.....  
(genaue Bezeichnung)

in Verbindung setzen, um Einsicht in die Unterlagen wie Förderpläne, Gutachten, ärztliche Atteste und Diagnoseberichte, Bescheinigungen, Schulschein des schulärztlichen Dienstes etc. zu nehmen.

.....  
Datum und Unterschrift/en der/des Sorgeberechtigten