



**Entbindung von der Schweigepflicht  
(jeweils eine Durchschrift für Sorgeberechtigte, OGT und Grundschule Weddingstedt)**

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Telefonnummer (freiwillige Angabe): \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

Ich, \_\_\_\_\_ versichere/ Wir, \_\_\_\_\_  
 versichern, dass ich/wir derzeit für das Kind \_\_\_\_\_  
 in vollem Umfang sorgeberechtigt bin/sind.

Hiermit entbinde/n ich/wir den/ die Mitarbeiter/in  
 \_\_\_\_\_  
 des Vereins Volkshochschulen in Dithmarschen e.V. in ihrer Eigenschaft als OGT-Mitarbeiter/in  
 gegenüber

- der Lehrerin/ dem Lehrer \_\_\_\_\_
- der Klassenlehrkraft \_\_\_\_\_
- der Fachlehrkraft \_\_\_\_\_
- der Schulsozialarbeiterin/ dem Schulsozialarbeiter \_\_\_\_\_
- der Schulbegleitung \_\_\_\_\_
- der Ärztin/ dem Arzt \_\_\_\_\_

von Ihrer gegenseitigen Schweigepflicht.

Gleichzeitig erkläre ich mich/ erklären wir uns damit einverstanden, dass die folgenden Daten, die für die Zusammenarbeit der Institutionen, die für die Belange meines/ unseres Kindes im konkreten Fall wesentlich sind, übermittelt werden dürfen:

- Notfallnummern
- Name des Kindes/ der Erziehungsberechtigten
- Adresse des Kindes/ der Erziehungsberechtigten
- E-Mail-Kontakt der Erziehungsberechtigten

, den

Name der bzw. des Sorgeberechtigten:	_____
Unterschrift der bzw. des Sorgeberechtigten:	_____

Ich weiß/ Wir wissen, dass die Entbindung von der Schweigepflicht freiwillig ist und ich/ wir diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft - in einzelnen Bereichen oder insgesamt - widerrufen kann/ können.