



N. Wienkämper

51103 Köln
Telefon: 0221-3566113-0
Fax: 0221-3566113-30
E-Mail: 112410@schule.nrw.de



Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich/ entbinden wir

Nachname, Vorname (Mutter)	Nachname, Vorname (Vater)
----------------------------	---------------------------

- ☒ die schulische Institution: **GGs Lustheider Straße**
- ☐ die **OGS der Lustheider Straße**
- ☐ die vorschulischen Institutionen: **Kita** _____
- ☐ die außerschulischen Institutionen
- ☐ den ASD – Amt für Kinder, Jugend und Familie
- ☒ den Kinder-, Jugend- und Gesundheitsdienst der Stadt Köln
- ☒ Gesundheitslotsendienst
- ☐ das Frühförderzentrum: ☐ Kalk ☐ Porz ☐ Mülheim
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ Ärzte und freie Arztpraxen:
(bitte Kinderarzt eintragen) _____
- ☐ Therapeuten und therapeutische Praxen:
(bitte Praxis eintragen) _____
- ☐ _____
(bitte hier weitere Ansprechpartner/Institutionen eintragen)
- ☐ _____
(bitte hier weitere Ansprechpartner/Institutionen eintragen)

von der gegenseitigen Schweigepflicht für den/die Schüler/in:

Nachname, Vorname des Schülers / der Schülerin	Geburtsdatum
--	--------------

Meine Einwilligung erfolgt aus freier Entscheidung. Ich kann meine Entscheidung jederzeit und in Zukunft widerrufen. Mir und meinem Kind entstehen durch eine Nichteinwilligung keine Nachteile.

Köln, den _____

Unterschrift des/der Sorgeberechtigten