



### **Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten:**

Name des Kindes / Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name der Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Anschrift/Telefon:  
\_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass die Leitung der Weihermattenschule Bad Säckingen und die Leitung der Grundschulförderklasse Daten, Informationen, Befunde und Gutachten über mein/unser Kind: \_\_\_\_\_ von/mit folgenden Stellen anfordern, besprechen und austauschen darf:

Kinderarzt /Hausarzt: \_\_\_\_\_

Uniklinik: \_\_\_\_\_

Kinderklinik/ SPZ: \_\_\_\_\_

Frühförderstelle: \_\_\_\_\_

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

Therapeuten: \_\_\_\_\_

Schule: \_\_\_\_\_

Kooperationslehrer: \_\_\_\_\_

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

Die Mitarbeiter sind verpflichtet die Informationen vertraulich zu behandeln.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Erziehungsberechtigte