

mit einer Kooperationsstelle

Name des/der Schüler*in: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Email: _____

Hiermit willige ich in die Übermittlung von personenbezogenen Daten zum Zwecke der
Zusammenarbeit, sowie der Beratung mit der/den Kooperationsstelle/n ein:

(Name, Adresse der Kooperationsstelle)

- die/der Klassenlehrer*in, die die/ den o.g. Schüler*in unterrichtet
- die/ der Fachlehrer*in, der, die/ den o.g. Schüler*in unterrichtet
- die Schulleitung
- Kindergarten: _____
(Name des Kindergartens)
- andere Schulen: _____
(Name der Schule)
- Beratungsstellen: _____
(Name der Beratungsstelle)
- Kinderarzt, Therapeuten: _____
(Name des Arztes/Therapeuten)
- den Beratungslehrer: _____
(Name des Beratungslehrers)
- die Mitarbeiter/-innen des Randzeitteams

und entbinde diese Person/en und/oder die Institution/en insoweit von einer etwa bestehenden
Schweigepflicht.

Ich bin mit der Kooperation mit der o.g. Kooperationsstelle/n einverstanden.

Diese Einwilligung soll gelten bis zum: _____ (falls gewünscht Befristung eintragen.)

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift des Sorgeberechtigten: _____