

Schweigepflichtsentbindung zwischen Schule und:

	Ja	nein
Arzt / Therapeut u.ä.		
ehemalige Schule		
Jugendhilfe Träger		
Sonstige		

Sorgeberechtigte(r): _____

Anschrift: _____

Kind/Jugendliche/r: _____ geb. _____

Hiermit stimme ich zu, dass die Mitarbeitenden der timeout Schule mit den o.g Personen in Austausch gehen können. Diese Vereinbarung gilt wechselseitig. Dies schließt Schulgespräche, das Unterschreiben von Klassenarbeiten und Bestätigungen, sowie das Krankmelden ein.

Diese Entbindung beruht auf Gegenseitigkeit.

Selbstverständlich werden die Sorgeberechtigten vor jedem Schritt informiert und das Vorgehen wird gemeinsam besprochen.

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte/Vormund