



53940 Hellenthal,
den _____
Kalberbenden 14
Tel.: 02482/2224
Fax: 02482/1633
sekretariat@ghs-hellenthal.de
www.ghs-hellenthal.de

SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG

Hiermit erteile ich/ erteilen wir, _____
(Name, Vorname)

als Erziehungsberechtigte/r meines Kindes

_____, geboren am _____
(Name, Vorname)

für die unten angegebenen Personen eine **wechselseitige Entbindung** von der
Schweigepflicht.

- Mitarbeiter der Schule:
 - Klassen- und Fachlehrer
 - Schulleitung
 - Beratungslehrer
 - Schulsozialarbeit

- Schulpsychologen

- Beratungs- und Therapieeinrichtung

- Dem Jugendamt

- Anderen Stellen

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten