**Mobiler Sonderpädagogischer Dienst**

 an der Heinrich-Schaumberger-Schule

 Privates Sonderpädagogisches Förderzentrum

 Judenberg 44, 96450 Coburg

 Tel. 09561/37577, Fax 420978

 E-Mail: HSS\_Coburg@t-online.de

**Entbindung von der Schweigepflicht**

Einverständnis zum Austausch von Informationen zwischen Schule, pädagogischem Personal, Psychologen, Therapeuten, Ärzten, Betrieben und Berufsberatung

Hiermit entbinde/n ich/wir,

|  |
| --- |
|       |

den MSD-Autismus

|  |
| --- |
|       |

von ihrer/seiner Schweigepflicht über mein/unser Kind

|  |
| --- |
|       |
|  |
| geboren am |       |

gegenüber folgenden Institutionen:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Schule: |       |
| [ ]  Beratungslehrer/Schulpsychologe: |       |
| [ ]  Jugendamt/Familienhilfe: |       |
| [ ]  Therapeuten/Psychologen: |       |
| [ ]  Kliniken: |       |
| [ ]  Ärzte: |       |
| [ ]  Hort/OGS/Heilpädagogische Tagesstätte: |       |
| [ ]  andere Institutionen: |       |
|  |

Diese Schweigepflicht gilt für die Dauer der Betreuung des genannten Kindes durch den Mobilen Sonderpädagogischen Dienst Autismus und kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

|  |  |
| --- | --- |
| Ort, Datum: | Unterschrift Eltern / Erziehungsberechtigten/r: |
|       |  |