

Erziehungs- /Sorgeberechtigte

Name: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
Ort: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

### Erklärung zur Schweigepflichtentbindung

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich

- Ärzte, Psychologen, Therapeuten
- das Sozialpädiatrische Zentrum / AKH Celle
- die Mitarbeiter des Gesundheitsamtes Celle
- das Jugendamt der Stadt Celle bzw. des Landkreises

von der Schweigepflicht gegenüber der Schulleiterin /dem Schulleiter und den

Kolleginnen und Kollegen der \_\_\_\_\_  
Name der Schule

\_\_\_\_\_  
Erziehungs- /Sorgeberechtigte