**Entbindung von der Schweigepflicht**

Name der Schülerin / des Schülers: Vorname:

Geburtsdatum: Anschrift:

Hiermit entbinde ich

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ärzte, Psychologen, Therapeuten |
|  | das sozialpädagogische Zentrum/AKH Celle |
|  | die Mitarbeiter des Gesundheitsamtes Celle |
|  | das Jugendamt der Stadt Celle bzw. des Landkreises |
|  | weiteren Personen Frau/Herrn: |

gegenüber der Schulleitung und den Lehrkräften der Grundschule Wathlingen.

Diese Einwilligung kann ich/können wir jederzeit für die Zukunft widerrufen. Auf die Bedeutung der Erteilung einer Schweigepflichtentbindung wurde hingewiesen.

Datum:

Unterschrift der Schülerin/des Schülers bzw. der/des Erziehungsberechtigten: