



# Canisiusschule Rheine

Grundschulverbund Altenrheine - Rodde



Name Erziehungsber.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

## Einverständniserklärung zur Zusammenarbeit von Schule mit außerschulischen Institutionen

Hiermit erkläre ich mich / erklären wir uns damit einverstanden, dass von meinem / unserem Kind (in Bezug auf mein/unser Kind)

\_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

alle bei Ärzten und nachfolgenden Institutionen erhobenen Untersuchungsergebnisse eingeholt bzw. eingesehen werden können oder (und) Rücksprache mit den beteiligten Fachkräften genommen werden kann.

Ich / Wir sind mit einem Informationsaustausch zwischen den beteiligten Lehrern der Canisiusschule Rheine und den unten angekreuzten Personen einverstanden und entbinden sie hierzu von der Schweigepflicht.

Bitte kreuzen Sie die zutreffende Einrichtung an:

- Ärzte: \_\_\_\_\_
- Therapeuten
- Jugendamt, Allg. Sozialdienst
- Schulpsychologischer Dienst
- Psychologe
- Förderschullehrer des KSF, die als Berater an unserer Schule tätig sind
- Sonstige: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift eines Erziehungsberechtigten