

Einwilligung zur Übermittlung personenbezogener Daten Schweigepflichtentbindung für

Die Daten werden jeweils nur zu dem Zweck verarbeitet/erhoben, zu dem sie übermittelt wurden.

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ/Ort
Telefonnummer	E-Mail-Adresse
Name der Erziehungsberechtigten	Name der Erziehungsberechtigten

Zur Verwendung zwischen der Grundschule Linz/Rh. (Frau/Herr _____)

und der Mitarbeiter/innen folgender Einrichtungen/Behörden (bitte ankreuzen und Namen eintragen):

Name/n der Ansprechperson/en:

- Kindergarten/Kindertagesstätte _____
- Schule _____
- schulpsychologischer Dienst _____
- Agentur für Arbeit _____
- Jugendamt/Sozialamt _____
- Integrationshilfe / Träger der Integrationshilfe _____
- Gesundheitsamt _____
- Hausarzt _____
- FA f. Kinder- und Jugendpsychiatrie / Fachklinik _____
- Autismus – Therapieeinrichtung _____
- Logopädie _____
- weitere Therapeuten (Ergotherapie, ...)
- Sonstige (Fachärzte, ...)

Diese Einwilligung zur Übermittlung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift - Sorgeberechtigte/r