



SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG

Hiermit gestatte ich, dass an die Schulleitung der Privaten Zweisprachigen Grundschule Fulda aufgrund der Beschulung

meiner Tochter | meines Sohnes

geboren am

Daten und Informationen von folgenden Personen | Institutionen weitergegeben werden dürfen:

1. Kindergarten | Vorschule

Tel. der Einrichtung

Betreuer|in

Betreuungszeitraum

2. Logopäden | Ergotherapeuten

Tel. der Einrichtung

Betreuer|in

Betreuungszeitraum

3. Grundschule | Schularzt

Tel. der Einrichtung

Betreuer|in

Betreuungszeitraum

Fulda

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten