

# Schweigepflichtentbindung

- Antrag auf Beratung -

Name der Kindertagesstätte: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Name des Kindes : \_\_\_\_\_

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die oben genannte Einrichtung mit dem

**Förderzentrum Annaberg  
Adam-Ries-Straße 18  
09456 Annaberg-Buchholz**

mündlich und schriftlich Informationen über mein/unser Kind, die im Zusammenhang mit der Beratung stehen, austauscht.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en) der Sorgeberechtigten