

1 | Bitte ausfüllen

Name des Kindes	
Geburtsdatum	
Personensorgeberechtigte*r Name und Anschrift	
Personensorgeberechtigte*r Name und Anschrift	
Gewöhnlicher Aufenthalt des Kindes	

2 | Ich bin damit einverstanden, dass ein*e Mitarbeiter*in des Heilpädagogischen Fachdienstes (HPFD) *Lichtenberg/ Hohenschönhausen* mein Kind in der Kindertageseinrichtung/Kindertagespflege beobachtet. Ich entbinde die unten genannten Personen und die mit dem Fall beauftragte Mitarbeiterin des HPFD *Lichtenberg/ Hohenschönhausen* von ihrer Schweigepflicht gemäß § 203 StGB. Ich bin damit einverstanden, dass die genannten beteiligten Personen Informationen und Berichte über den Entwicklungs- und Beratungsverlauf zum Zweck der niedrigschwelligen Beratung bezüglich meines Kindes einholen bzw.

	weitergebeneinholen			
Bitte ankreuzen (Ja oder Nein) Name (Einrichtung und Gruppe bzw. InstitutionenAnsprechpartner)Ja				
Kita/ Kindertagespflege:				
weitere:				

weitergeben dürfen.

3 | Meine Einwilligung erfolgt aus freier Entscheidung. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft teilweise oder vollständig widerrufen kann.

Ich bin damit einverstanden, unter folgender Telefonnummer kontaktiert zu werden _____

Ich habe die Informationen zum Datenschutz erhalten ja

	Personensorgeberechtigte*r	Personensorgeberechtigte*r
Unterschrift		
Ort, Datum		

Bitte ausfüllen, wenn unter 3 | nur ein Personensorgeberechtigter unterschreibt:

4 | Ich bin bevollmächtigt, auch im Namen des nicht unterzeichnenden Personensorgeberechtigten zu entscheiden.

Name	
Datum, Unterschrift	