

**1 | Bitte ausfüllen**

Name des Kindes	
Geburtsdatum	
1) Personensorgeberechtigte*r Anschrift	
2) Personensorgeberechtigte*r Anschrift	
Gewöhnlicher Aufenthalt des Kindes	

**2 | Ich bin damit einverstanden, dass ein\*e Mitarbeiter\*in des Heilpädagogischen Fachdienstes (HPFD) mein Kind in der Kindertageseinrichtung/Kindertagespflege beobachtet.**

Ich entbinde die unten genannten Personen und alle beteiligten Beschäftigten der Kindertageseinrichtung/Kindertagespflege von ihrer Schweigepflicht gemäß § 203 StGB. Ich bin damit einverstanden, dass die beteiligten Beschäftigten der Kindertageseinrichtung/Kindertagespflege Informationen und Berichte über den Entwicklungs- und Beratungsverlauf zum Zweck der weiteren Betreuung und heilpädagogischen Unterstützung bezüglich meines Kindes einholen bzw. weitergeben dürfen.

Bitte ankreuzen (Ja oder Nein)

Institutionen Name	einholen		weitergeben	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Kindertagesstätte				
Kindertagespflege				
HPFD				

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

Unterschrift	
Ort, Datum	

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

Name	
Unterschrift	
Ort, Datum	

Die Informationen zum Datenschutz habe ich erhalten. \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift