

1 | Bitte ausfüllen

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

2 | Ich bin damit einverstanden, dass ein*e Mitarbeiter*in des Heilpädagogischen Fachdienstes (HPFD) Reinickendorf/Wedding mein Kind in der Kindertageseinrichtung/Kindertagespflege beobachtet. Ich entbinde die unten genannten Personen und die mit dem Fall beauftragte Mitarbeiterin des HPFD Reinickendorf/Wedding 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. weitergeben dürfen

Bitte ankreuzen (Ja oder Nein)

weitergeben einholen

Institutionen	Name (Einrichtung und Gruppe bzw. Ansprechpartner)	weitergeben einholen			
		Ja	Nein	Ja	Nein
Kita/ Kindertagespflege:					
Kinderarztpraxis:					
KJGD/KJPD					
weitere:					

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 bin damit einverstanden, unter folgender E-Mail-Adresse 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 der*s nicht unterzeichnenden Personensorgeberechtigten zu entscheiden.

Name	
Datum, Unterschrift	