

## 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 eine Mitarbeiterin des Heilpädagogischen Fachdienstes (HPFD) Steglitz-Zehlendorf mein Kind in der Kindertageseinrichtung/Kindertagespflege beobachtet. Ich entbinde die unten genannten Personen und die mit dem Fall beauftragte Mitarbeiterin des HPFD Steglitz-Zehlendorf 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	
		Ja	Nein	Ja	Nein
	Name (Einrichtung und Gruppe bzw. Ansprechpartner*innen)				
Institutionen					
Kita/ Kindertagespflege:					
weitere:					

**3 | Meine Einwilligung erfolgt aus freier Entscheidung. Ich bin damit einverstanden, dass die Einwilligung per Mail versandt wird und digital vorliegt. 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/e Personensorgeberechtigte/r unterschreibt:**

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

Name	
Datum, Unterschrift	