

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) Wedding/ Reinickendorf mein Kind in der Kindertageseinrichtung/Kindertagespflege beobachtet. Ich entbinde die unten genannten Personen 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)

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