

## 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) 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
<b>Institutionen</b>	<b>Name (Einrichtung und Gruppe bzw. Ansprechpartner)</b>				
Kita/ Kindertagespflege:					
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 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	