

Entbindung von der Schweigepflicht für das Schuljahr

Hiermit entbinde(n) ich/wir

Mutter Vater

Strasse Strasse

PLZ/Ort PLZ/Ort

Tel. Tel.

Mail Mail

Sorgeberechtigt ja nein

Sorgeberechtigt ja nein

das HPZ BL von der Schweigepflicht.

Es dürfen Informationen und Unterlagen bezüglich unseres Kindes

..... geboren am

mit folgenden Stellen ausgetauscht werden:

- Ärztin / Arzt
- Psychotherapie
- Ergotherapie
- Physiotherapie
- Logopädie
-

Ort, Datum:

Unterschrift: