

Einwilligungserklärung zur Weitergabe von Informationen



Mir/uns ist bekannt, dass die Einwilligung freiwillig ist und eine erteilte Einwilligung jederzeit widerrufen werden kann.

Name des Kindes, Geburtsdatum:

Name der Sorgeberechtigten:

Anschrift, Telefon:

Ich bin/ wir sind damit einverstanden, dass die Klassenlehrer sachdienliche Informationen über das Krankheitsbild unseres Kindes an die unterrichtenden Kollegen und an die Gesundheitsbeauftragten des Gymnasiums Walldorf, Frau Beunings und Frau Wunschmann-Fiedler weitergeben.

Ich bin/ wir sind **NICHT** damit einverstanden, dass die Klassenlehrer sachdienliche Informationen über das Krankheitsbild unseres Kindes an die unterrichtenden Kollegen und an die Gesundheitsbeauftragten des Gymnasiums Walldorf, Frau Beunings und Frau Wunschmann-Fiedler weitergeben.

Ich bin/ wir sind damit einverstanden, dass die Klassenlehrer sachdienliche Informationen über das Krankheitsbild unseres Kindes an den Schulsanitätsdienst weitergegeben.

Ich bin/ wir sind **NICHT** damit einverstanden, dass die Klassenlehrer sachdienliche Informationen über das Krankheitsbild unseres Kindes an den Schulsanitätsdienst weitergegeben.

Wir sind damit einverstanden, dass die Mitschülerinnen und Mitschüler informiert werden.

Wir sind **NICHT** damit einverstanden, dass die Mitschülerinnen und Mitschüler informiert werden.

Diese Einwilligung gilt bis zum Widerruf.

.....
Ort, Datum

.....
Erziehungsberechtigter

.....
Ort, Datum

.....
Erziehungsberechtigter

.....
Ort, Datum

.....
Schülerin/Schüler