

Einwilligung¹

Ich willige / Wir willigen ein, dass die Schule

(Name der Schule)

nachfolgende personenbezogene Daten meines / unseres Kindes

Name und Klasse

chronische Erkrankung

an die Lehrerinnen und Lehrer, die pädagogischen Mitarbeiterinnen oder pädagogischen Mitarbeiter sowie Mitschülerinnen oder Mitschüler² weitergibt, soweit dies für den fürsorglichen Umgang mit meinem / unserem Kind und die medizinischen Unterstützungsmaßnahmen in der Schule erforderlich ist.

Mir / Uns ist bekannt, dass ich meine / wir unsere Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann / können.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

¹ Das Formular soll zweifach ausgefertigt werden: (1) Original für die Schule zur Aufbewahrung in der Schülerakte; (2) Durchschrift zur Aushändigung an den / die Personensorgeberechtigten.

² Die Wörter „Mitschüler oder Mitschülerinnen“ können von den Personensorgeberechtigten gestrichen werden.