

Mobiler Sonderpädagogischer Dienst Autismus



Barbara Heißmann

Fritz-Felsenstein-Schule
Privates Förderzentrum mit dem Förderschwerpunkt
körperliche und motorische Entwicklung

Karwendelstr. 6-8
86343 Königsbrunn
Telefon: **08231/6004-213**
Telefax: **08231/6004-205**

Email:
barbara.heissmann@felsenstein.org

Barbara Baumann, Lisa Schelzig

Frère-Roger-Schule
Privates Förderzentrum mit dem Förderschwerpunkt
emotionale und soziale Entwicklung

Prälat-Bigelmaier-Straße 22
86154 Augsburg
Telefon **0821/41062-151 und -177**
Telefax **0821/ 41062-189**

Email:
baumannb@kinderzentrum-augsburg.de

Schweigepflichtsentbindung

für

die o.g. Mitarbeiter des Teams MSD-Autismus Augsburg

Einverständnis zum Austausch von Informationen

zwischen Schule, pädagogischem Personal, Psychologen, Therapeuten,
Ärzten

Als Erziehungsberechtigte/r von

_____)
(Name, Vorname des Kindes / des Jugendlichen)

_____)
(Geburtsdatum)

sind wir / bin ich damit einverstanden, dass folgende Personen

- Lehrkräfte
- Mobile Dienste (MSD, MSH)
- Jugendsozialarbeiter
- Psychologen und Therapeuten des Kindes bzw. Jugendlichen
(Namen/ Tel.Nr. ggf. auf Rückseite schreiben:

_____)

- Ärzte des Kindes bzw. Jugendlichen
(Namen/ Tel.Nr. ggf. auf Rückseite schreiben:

_____)

- Berufsberater und Fachdienste der Arbeitsagentur
- Mitarbeiter der Praktikumsbetriebe bzw. Ausbildungseinrichtungen
- Lehrkräfte der für meinen Sohn / meine Tochter in Frage kommenden Berufsschulen

untereinander Informationen austauschen, die der schulischen Bildung und individuellen
Unterstützung der Entwicklung unseres / meines Kindes dienen.

Uns / mir wurde zugesichert, dass die Informationen vertraulich behandelt werden.

_____)
Ort

_____)
Datum

_____)
Unterschrift der / des Erziehungsberechtigten