



Einwilligungserklärung

Name und Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

BITTE ANKREUZEN:

- Ja**, die Schule darf meine/unsere Kontaktdaten an die Schulsozialarbeit weitergeben. So kann die Schulsozialarbeit mich/uns bei Bedarf kontaktieren.
- Nein**, ich möchte nicht, dass die Schule meine Kontaktdaten an die Schulsozialarbeit weitergibt.

Mir/Uns ist bekannt, dass diese Einwilligungserklärung freiwillig ist und jederzeit schriftlich gegenüber dem Träger der Schulsozialarbeit (SOPHIENPFLEGE, Evang. Einrichtungen für Jugendhilfe Tübingen e.V.) widerrufen werden kann. Ohne einen Widerruf gilt die Einwilligung für den gesamten Zeitraum des Schulbesuchs.

Ort, Datum

Unterschrift der Schülerin / des Schülers
(*ab Vollendung des 16. Lebensjahres*)

Datum

Name, Vorname

Personensorgeberechtigte(r) Unterschrift

Datum

Name, Vorname

Personensorgeberechtigte(r) Unterschrift