|  |
| --- |
|  |
|   |  |  |
| Name des/der SchülerIn |  | Geburtsdatum |
|  |
|  |
| Name des/der Erziehungsberechtigten |
| Ich erteile die Einwilligung, dass im Zuge des Schulwechsels der schulärztliche Gesundheitsbogen meines Kindes an den/die Schulärztin der neuen Schule weitergegeben werden darf.Die Daten werden in einem verschlossenen Kuvert überbracht und sind auch in der neuen Schule nur dem/der Schulärztin zugänglich.Bei Verweigerung der Einwilligung verbleibt der Gesundheitsbogen bis zum Ende der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist am Goethe-Gymnasium und wird danach vernichtet. |
|  |
|  |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift Erziehungsberechtigte/r |
| *Diese Formular ist mit dem Abmeldeformular abzugeben.* |