|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |
|  | | |  |  |
| 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.* | | | | |