

**Schweigepflichtentbindung und Einwilligung zur Datenübermittlung zum Antrag des
KiTa-Trägers _____
der KiTa _____
auf Platzzahlreduzierung vom _____**

Ich/wir entbinde/n zum Zwecke der Prüfung des oben genannten Antrages für mein/unser
Kind:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

folgende Personen/Institutionen (z.B. Ärztin/Arzt, Therapeut/in ...) gegenseitig

- Amt für Jugend, Familie und Sport des Kreises Steinburg, Stabsstelle Kindertagesbe-
treuung, frühkindliche Bildung und Prävention
- Sozialamt des Kreises Steinburg, Bereich Teilhabe und Eingliederung
- Die von meinem/unserem Kind besuchte Kindertageseinrichtung
- _____
- _____
- _____

von ihrer Schweigepflicht in Bezug auf die Gesundheit, Entwicklung und das Verhalten mei-
nes/unseres Kindes.

Mit der Weiterleitung personenbezogener Daten und vertraulicher Unterlagen zwischen den
oben genannten Personen/ Institutionen zum Zwecke der Prüfung des Antrages auf Platz-
zahlreduzierung erkläre/n ich/wir mich/uns einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift/en des/der Sorgeberechtigten