

Öffnungszeiten

Montag	8:00–15:00 Uhr
Dienstag	8:00–13:30 Uhr
Mittwoch	8:00–15:00 Uhr
Donnerstag	8:00–13:30 Uhr
Freitag	8:00–13:30 Uhr

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich _____ bezüglich
Name Sorgeberechtigte/r

der Angelegenheit meines Kindes _____
Name des Kindes

die folgende Einrichtung/ Person/ zuständige Mitarbeiter von:

Erziehungsberatungsstelle/Psychologe _____
Name der Institution/oder Arzt

Kindertagesstätte _____
Name der Kita und Erzieher/in

Geschäftsbereich Jugend der Stadt Wolfsburg/ ASD gegenüber dem zuständigen
Mitarbeitern der „Akutberatung“ des Geschäftsbereiches Jugend der Stadt Wolfsburg
sowie gegenseitig von der Schweigepflicht
Diese Erklärung gilt bis auf Widerruf.

Unterschrift Sorgeberechtigte/r