

Einverständniserklärung

zum Elternsprechtag am 24.02.2024 von 10:00 bis 15:00 Uhr

Bitte füllen Sie das Formular aus und unterschreiben Sie dieses am Ende.
Sie können uns das Dokument per E-Mail, Post oder Fax zukommen lassen.

Hiermit erteile ich:

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ PLZ / Ort: _____
E-Mail: _____ Geburtsdatum: _____

mein Einverständnis, dass folgende Person(en):

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ PLZ / Ort: _____
E-Mail: _____ Geburtsdatum: _____

von Mitarbeitenden und Lehrkräften des Nordic CAMPUS Auskünfte erhalten zu dürfen.

Ich willige in die Verarbeitung von besonderen Kategorien, wie Behandlungs- und Gesundheitsdaten zum Zwecke des Elternsprechtages ein.

Soweit an der Sprechstunde Ärzt*innen, Psycholog*innen teilnehmen, werden diese von der Schweigepflicht entbunden.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit widerrufen kann. Durch meine Unterschrift erkläre ich vorstehendes Einverständnis als erteilt.

Ort/Datum

Unterschrift Rehabilitand:in
bzw. gesetzliche/r Vertreter:in