

Anlage 2

Landeshauptstadt Stuttgart
Jugendamt
GTS Wolfbuschschule

Erklärung der Sorgeberechtigten zur Kooperation

Mein (unser) Kind:

.....
(Zuname, Vorname)

.....
(Geburtsdatum)

besucht den

Sozialpädagogischen Bereich der GTS Wolfbuschschule

Köstlinstr. 76

70499 Stuttgart

Ein wesentlicher Bestandteil ist die enge Zusammenarbeit von Schule und der sozialpädagogischen Betreuung.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass sich die Mitarbeiter/-innen des sozialpäd. Bereiches mit den Lehrer/-innen der Schule im Sinne einer bestmöglichen Förderung meines/ unseres Kindes, sowohl mit den Schulsozialarbeitern als auch mit dem Sekretariat austauschen und abstimmen. Der Weitergabe personenbezogener Daten von der Schule an den Träger stimme ich zu, soweit diese zu dessen Aufgabenerfüllung erforderlich ist.

.....
(Datum)

.....
(Unterschrift der Sorgeberechtigten)