

## ERKLÄRUNG ZUR ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT

---

Ich gebe hiermit mein Einverständnis, dass die Kindertageseinrichtung

---

(Name und Adresse der Einrichtung)

berechtigt ist, alle zur gezielten Förderung meines Kindes erforderlichen Auskünfte (Kontaktdaten, Eigenschaften und Vorlieben des Kindes, Beobachtungen im Kindergartenalltag) mündlicher und schriftlicher Art an die Ansprechpersonen des Vereins Unikate weiterzuleiten, um mein Kind für das Projekt EMIL anzumelden.

Bei einer Projektteilnahme bin ich damit einverstanden, dass die oben genannte Kita und die folgende Institution

Unikate e.V.  
Projekt EMIL – Patenschaft für Kinder  
Ansprechpersonen: Frau Künne und Frau Koopmann  
Johannisstraße 58/59, 49074 Osnabrück

im Austausch bleiben dürfen und mich als Erziehungsberechtigten weiterhin darüber informieren.

**Name des Kindes:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

(Ort, Datum, Name in Druckbuchstaben und Unterschrift des/der Sorgeberechtigten)