



Einverständnis für die schulische Nachsorge

Name des Schülers/der Schülerin: _____

Geburtsdatum: _____

Eltern/gesetzl. Vertreter: _____

Hiermit gestatte ich, dass die Bezugslehrkräfte der Station __ sich bis zu acht Wochen nach der Entlassung aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Elmshorn mit den Lehrkräften der Heimatschule meines Kindes entsprechend der Vorgaben des § 10 Abs. 1 des Schleswig-Holsteinischen Schulgesetzes austauschen dürfen.

(Ort, Datum)

(Unterschrift Erziehungsberechtigte/r)