

Einwilligungserklärung Sorgeberechtigte

Mir/ uns ist bekannt, dass die Einwilligung freiwillig ist und eine erteilte Einwilligung jederzeit widerrufen werden kann, ohne dass dies Nachteile für mich/ uns oder mein/ unser Kind mit sich bringt.

Die Einwilligung kann verweigert werden. Dieser Vordruck muss nicht (unterschrieben) zurückgegeben werden, wenn keine Einwilligung erteilt wird.

Angaben zum Kind:

Vorname: Geburtsdatum:

Name: Geschlecht: m w

Angaben zu den Sorgeberechtigten/ Erziehungsberechtigten:

Vorname: Name:

Vorname: Name:

Bei getrennt lebenden geben Sie die Adresse des Sorgeberechtigten/ Erziehungsberechtigten an, bei dem sich das Kind aufhält.

Anschrift:

Straße: Nr.:

PLZ: Ort:

Tel: E-Mail:

Ich bin/ Wir sind damit einverstanden, dass Daten/ Informationen/ Befunde und Gutachten über mein/ unser Kind bei folgenden Institutionen/ Personen schriftlich bzw. mündlich einholen bzw. mit diesen austauschen darf:

Hausarzt/ Kinderarzt/ Augenarzt

Name:

Straße: Nr.:

PLZ: Ort:

Kinderklinik/ Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)

Einrichtung:

Ansprechpartnerin/ Ansprechpartner:

Sonderpädagogische Beratungsstelle/ Sonderpädagogischer Dienst

Einrichtung:

Ansprechpartnerin/ Ansprechpartner:

Kindergarten/ Kindertagesstätte

Einrichtung:

Ansprechpartnerin/ Ansprechpartner:

Sonstige A

Einrichtung: _____

Ansprechpartnerin/ Ansprechpartner: _____

Sonstige B

Einrichtung: _____

Ansprechpartnerin/ Ansprechpartner: _____

Die Lehrpersonen und die Schulsozialarbeit der Ernst-Abbe-Schule sind verpflichtet, die Informationen vertraulich zu behandeln. Sie unterliegen der Schweigepflicht und den datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

Unterschrift der Sorgeberechtigten/ Erziehungsberechtigten:

Die Unterzeichnung hat immer durch alle vorhandenen Sorgeberechtigten/ Erziehungsberechtigten zu erfolgen.

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift