50 Jahre 1973 - 2023

Erklärung zur Schweigepflichtentbindung, Gestattung zur Akteneinsicht sowie zur Überprüfung und Verarbeitung personenbezogener Daten

_____

Name, Vorname (der Eltern oder des Elternteils oder sonstigen sorgeberechtigten Personen)

_____

Straße und Hausnummer

_____

Postleitzahl, Wohnort

Hiermit gestatte/n ich/wir ***der Schulleitung, der Sonderpädogogin, der Schulsachbearbeiterin und den Lehrkräften*** der Geschwister-Scholl-Grundschule die Überprüfung und Verarbeitung personenbezogener Daten

zu meinem/unserem Kind _____

geboren am _____

Ich/Wir sind damit einverstanden, dass im Sinne einer bestmöglichen Förderung ein Informationsaustausch und eine Zusammenarbeit zwischen den unten aufgeführten Stellen/Pesonen und der Schule erfolgt.
Dies beinhaltet auch die Übersendung von schriftlichen Stellungnahmen.
Des Weiteren bin ich /sind wir damit einverstanden, dass die Schule ihrerseits gegenüber den unten genannten Personen und Stellen (im Sinne einer gegenseitigen Schweigepflichtsentbindung) für die Bildung und Erziehung des Kindes relevante Informationen weitergeben darf.
Der Informationstausch findet ausschließlich zum Zweck der schulischen und pädagogischen Betreuung des Kindes oder zur Erstellung eines Gutachtens statt.

Bitte entsprechend ankreuzen

- ☐ Jugend- und Sozialamt
  Frau / Herr E. Dilling (Amtsleiter)
- ☐ Kinder- und Gesundheitsdienst im Gesundheitsamt
  Frau / Herr J. Baar ; B. von der Weide; N. Kaufmann (Zahnprophylaxe)
- ☐ schulpsychologischen Beratung
  Frau / Herr Krause
- ☐ Hortleitung Hort "Fantasialand"
  Frau / Herr G. Hannemann, I. Regner
- ☐ Schulsozialarbeiter*in an der Geschwister-Scholl-Grundschule
  Frau / Herr _____
- ☐ therapeutische Einrichtungen (bitte den Namen der Praxis und den Zeitraum der Behandlung eintragen)
  Frau / Herr _____
- ☐ andere Einrichtungen
  Frau / Herr _____

Hinweis:
Diese Schweigepflichtentbindung ist während des gesamten Schulzeitraumes (1. - 6. Klasse) gültig und kann jederzeit überarbeitet bzw.angepasst werden.

Mir/Uns ist bekannt, dass diese Erklärung zur Entbindung der Schweigepflicht freiwillig erfolgt und jederzeit schriftlich widerrufen werden kann.

_____ _____

Datum Unterschrift Eltern, Elternteil oder andere sorgeberechtigte Personen