

**Antrag auf Zurückstellung vom Schulbesuch
für das Schuljahr 20.... / 20....
gemäß § 51 Absatz 2 des Brandenburgischen Schulgesetzes**

Angaben zum Kind		
Name	Vorname	
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	
Name und Anschrift der bisher besuchten vorschulischen Einrichtung	Telefon mit Vorwahl	E-Mail
Angaben zu den Sorgeberechtigten		
Stellung des Kindes zur Antragstellerin / zum Antragsteller		
Name	Vorname	
Straße und Hausnummer		
Postleitzahl	Wohnort	
Telefon mit Vorwahl und Hinweis auf zeitliche Erreichbarkeit	E-Mail	
Name	Vorname	
Straße und Hausnummer		
Postleitzahl	Wohnort	
Telefon mit Vorwahl und Hinweis auf zeitliche Erreichbarkeit	E-Mail	
Begründung des Antrages		
Begründung (Anlagen beifügen)		
beigefügte Anlagen (freiwillig)		
<input type="checkbox"/> fachärztliche Diagnosen <input type="checkbox"/> Erfassungsbogen der "Grenzsteine der Entwicklung" <input type="checkbox"/> Ergebnis der Sprachstandsfeststellung <input type="checkbox"/> Berichte der Kita / Tagespflege <input type="checkbox"/> andere zweckdienliche Unterlagen		

_____ Datum

_____ Unterschrift Eltern, Elternteil oder andere sorgeberechtigte Personen

Protokoll zum Beratungsgespräch

Name, Vorname des Kindes _____

Geburtsdatum _____

Datum der Beratung _____

Anwesende (Eltern, Elternteil oder andere sorgeberechtigte Personen)

Beratung zum Ablauf des Zurückstellungsverfahrens

Beratung zu den Zurückstellungsgründen

Beratung zur Prüfung der Zurückstellungsgründe

Allgemeine Schullaufbahnberatung

Wesentlicher Inhalt

Konsens zur Einschulung

Konsens zur Zurückstellung

Datum

Unterschrift Schulleiterin /
Schulleiter

Unterschrift Protokollantin /
Protokollant

Unterschrift Eltern, Elternteil oder
andere sorgeberechtigte Personen

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

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

Straße und Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Hiermit gestatte/n ich/wir Frau/Herrn _____
die Überprüfung und Verarbeitung personenbezogener Daten
zu meinem/unserem Kind _____
geboren am _____

Darüber hinaus wird gestattet, dass die o. g. Person im Rahmen des Verfahrens zur Zurückstellung vom Schulbesuch in zweckdienliche Unterlagen Einsicht nehmen darf.

Ich/Wir entbinde/n die zuständige Mitarbeiterin / den zuständigen Mitarbeiter
(bitte entsprechend ankreuzen und jeweils genaue Bezeichnung)

- des Jugend- und Sozialamtes
Frau / Herr _____
- des Kinder- und Gesundheitsdienstes im Gesundheitsamt
Frau / Herr _____
- der schulpсихologischen Beratung
Frau / Herr _____
- der vorschulischen Einrichtungen
Frau / Herr _____
- therapeutischer Einrichtungen
Frau / Herr _____
- anderer Einrichtungen
Frau / Herr _____

von der Schweigepflicht (im Sinne einer gegenseitigen Schweigepflichtentbindung) hinsichtlich der Herausgabe von Informationen zu meinem / unserem Kind.

Hinweis: Im Zusammenhang mit der Durchführung des Verfahrens zur Zurückstellung vom Schulbesuch besteht keine Verpflichtung zur Schweigepflichtentbindung. Entsprechend wird das Verfahren auch durchgeführt, wenn keine oder nur eine auf einzelne Einrichtungen bezogene Schweigepflichtentbindung erteilt wird. Die Schweigepflichtentbindung kann jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Zugleich wird in die Übermittlung und weitere Verarbeitung der auf der Grundlage der Schweigepflichtentbindung gewonnenen personenbezogenen Daten meines/unsere Kindes für die unmittelbaren Zwecke des Verfahrens zur Zurückstellung vom Schulbesuch eingewilligt.

Datum

Unterschrift Eltern, Elternteil oder andere sorgeberechtigte Personen

Prüfergebnisse der Zurückstellungsgründe

1. Daten des Kindes			
Name, Vorname:		Geburtsdatum:	
Wohnort des Kindes			
2. Daten zu den sorgeberechtigten Personen <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> andere sorgeberechtigte Personen			
Name, Vorname	Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Wohnort	Telefon/E-Mail
Name, Vorname	Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Wohnort	Telefon/E-Mail
3. Daten der bisher besuchten vorschulischen Einrichtung			
Name und Anschrift			Telefon/E-Mail
Name Erzieher/-in			
4. Anlass der Prüfung			
5. Entwicklungsberichte			
Entwicklung aus Sicht der Schule			
Entwicklung aus Sicht der Eltern			
Entwicklung aus Sicht der Kita			

Entwicklung aus Sicht anderer Institutionen (Jugendhilfe etc.) Nur auszufüllen, wenn entsprechende Berichte vorliegen!		
6. fachärztliche Diagnosen (in der Regel nicht älter als 6 Monate)		
Diagnose	Facharzt	Erstellungsdatum
7. Schulärztliche Stellungnahme		
Empfehlung	Begründung	
8. Ergebnisse aus den Unterlagen		
(ggf. gesondertes Blatt verwenden)		

Datum

Unterschrift Schulleiterin/Schulleiter