

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, Hausnummer _____

PLZ, Wohnort _____

Hiermit gestatte 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/Herrn _____

- ☐ des Kinder- und Gesundheitsdienstes im Gesundheitsamt

Frau/Herrn _____

- ☐ der schulpsychologischen Beratung

Frau/Herrn _____

- ☐ der vorschulischen Einrichtungen

Frau/Herrn _____

- ☐ therapeutischer Einrichtungen

Frau/Herrn _____

- ☐ anderer Einrichtungen

Frau/Herrn _____

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

Hinweis: In 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.

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/unseres Kindes für die unmittelbaren Zwecke des Verfahrens zur Zurückstellung vom Schulbesuch

Datum _____

Unterschrift der Eltern, Elternteil oder andere sorgeberechtigte Personen _____