|  |
| --- |
| [ ]  Antrag der Erziehungsberechtigten [ ]  Antrag der Erziehungsberechtigten unter Mitwirkung der Frühförderung/ der Kindertagesstätte |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **Angaben zur Person des Kindes** |  |  |  |
| Name, Vorname | Geburtsdatum | [ ]  weibl. [ ]  männl. [ ]  div. |

|  |  |
| --- | --- |
| Aktuell besuchte Einrichtung |  |
| Gewünschter Schulkindergarten | bekannt in der Frühförderung seit |

|  |  |
| --- | --- |
| **1.1.** | **Angaben zu den Erziehungsberechtigten** |

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname des Vaterssorgeberechtigt [ ]  ja [ ]  nein | Name, Vorname der Muttersorgeberechtigt [ ]  ja [ ]  nein |
| Anschrift / Telefon des Vaters  | Anschrift / Telefon der Mutter   |
| Sonstige Personensorgeberechtigte (z.B. Pflegeeltern) |

Wir beantragen, die Aufnahme in einen Schulkindergarten.

Dazu beauftragt das Staatliche Schulamt Markdorf nach Prüfung der erforderlichen Vorabschritte eine\*n Gutachter\*in mit der Erstellung einer sonderpädagogischen Stellungnahme zur Klärung des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot. Wir wirken mit bei der Klärung des Anspruchs, indem wir vorhandene Berichte vorlegen und stimmen der notwendigen Überprüfung zu.

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Datum, Unterschrift(en) Erziehungsberechtigte

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Datum, Unterschrift(en) SKG

Erziehungsberechtigte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kind \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Einwilligung in die Datenverarbeitung**

**Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

[ ]  Ich willige/wir willigen ein, dass das Staatliche Schulamt Markdorf meine/unsere personenbezogenen Daten und die meines Kindes zum Zweck der Prüfung und Feststellung des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot und des geeigneten Lernortes nach den jeweiligen datenschutzrechtlichen Bestimmungen elektronisch in einer zentralen Datenbank verarbeitet. Zugriff auf diese Daten haben nur definierte Mitarbeiter des Staatlichen Schulamts Markdorf sowie die von diesem mit der sonderpädagogischen Diagnostik beauftragte Lehrkraft für Sonderpädagogik. Ich/Wir kann/können beim Staatlichen Schulamt Markdorf Auskunft über die gespeicherten Daten und die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Meine/Unsere Angaben zum Antrag sind freiwillig.

[ ]  Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass das Staatliche Schulamt Markdorf und die von dieser beauftragten Lehrkraft für Sonderpädagogik Daten, Informationen, Befunde und Gutachten über mein/unser Kind zum Zweck der Prüfung und Feststellung des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot und des geeigneten Lernortes bei folgenden Stellen anfordern, besprechen und austauschen und in der zentralen Datenbank speichern darf. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind verpflichtet, die Informationen vertraulich zu behandeln.

Bitte kreuzen Sie an, für welche Stellen Ihre Einwilligung gelten soll.

* [ ]  zuständiges Jugendamt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* [ ]  behandelnder Arzt (s. u. ausdrückliche Einwilligung): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* [ ]  Kinderklinik, SPZ (s. u. ausdrückliche Einwilligung): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* [ ]  Kindergarten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* [ ]  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Ich willige ausdrücklich ein, dass dabei Daten über die Gesundheit meines/unseres Kindes wie vorstehend beschrieben verarbeitet werden dürfen.

Diese Einwilligung/en kann/können verweigert werden. Ferner kann eine einmal erteilte Einwilligung widerrufen werden.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift(en) Erziehungsberechtigte Unterschrift Kindertagesstätte/Frühförderung