

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, Ort:

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 entbinden 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 schulpyschologischen 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: 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. 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/unseres Kindes für die unmittelbaren Zwecke des Verfahrens zur
Zurückstellung vom Schulbesuch eingewilligt.

Datum

Unterschrift Eltern, Elternteil oder andere sorgeberechtigte
Personen