|  |
| --- |
| **Antrag zur Fortsetzung des Anspruchs auf ein****sonderpädagogisches Bildungsangebot**[ ]  SBBZ[ ]  allgemeine SchuleStand 01.10.2024 |

|  |
| --- |
| **Der Antrag erfolgt durch:** [ ]  die Sorgeberechtigten[ ]  die Schule |
| **Daten der allgemeinen Schule:**Name der Schule: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.Kontaktdaten der Schule: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |
| --- |
| **1. Angaben zur Person des Kindes** |
| Name, Vorname(n): Klicken Sie hier, um Text einzugeben.[ ]  Mädchen [ ]  Junge [ ]  diversgeb. am: Hier Datum eingeben.Straße und Hausnr.: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.PLZ und Wohnort: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.Nationalität: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.Sorgeberechtigt sind / ist: [ ]  beide Elternteile [ ]  Mutter [ ]  Vater [ ]  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Aktuell besuchte Klasse: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.Schulbesuchsjahre: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |
| --- |
| **2. Aktuelle Adresse des/der Sorgeberechtigten** |
| **Sorgeberechtigte Person 1**Name, Vorname Klicken Sie hier, um Text einzugeben.Straße / Hausnummer Klicken Sie hier, um Text einzugeben.PLZ / Ort Klicken Sie hier, um Text einzugeben.Tel.-Nr. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.E-Mail Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Sorgeberechtigte Person 2**Name, Vorname Klicken Sie hier, um Text einzugeben.Straße / Hausnummer Klicken Sie hier, um Text einzugeben.PLZ / Ort Klicken Sie hier, um Text einzugeben.Tel.-Nr. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.E-Mail Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |
| --- |
| **3. AnlagenFettgedruckte Anlagen müssen verpflichtend abgegeben werden!** |
|

|  |
| --- |
| [ ]  **Bericht der Schule** |
| [ ]  **ILEB** |
| [ ]  **Zeugniskopie** |
| [ ]  Entwicklungsberichte |
| [ ]  Sonstige Berichte |

 |

Unterschrift: Datum: Hier Datum eingeben.
 *(Sorgeberechtigte Person 1)*

Unterschrift: Datum: Hier Datum eingeben.
 *(Sorgeberechtigte Person 2)*

Unterschrift: Datum: Hier Datum eingeben.
 *(Schulleitung der allgemeinen Schule)*

|  |
| --- |
| **Einwilligung in die Datenverarbeitung****Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht** |

[ ]  Ich willige / wir willigen ein, dass das Staatliche Schulamt Künzelsau meine / unsere personenbezogenen Daten und die meines Kindes zum Zweck der Aufnahme in den Schulkindergarten nach den jeweiligen datenschutzrechtlichen Bestimmungen elektronisch in einer zentralen Datenbank verarbeitet.
Zugriff auf diese Daten haben nur definierte Mitarbeiter des Staatlichen Schulamtes Künzelsau, sowie die von diesem mit der sonderpädagogischen Diagnostik beauftragte Lehrkraft für Sonderpädagogik.
Ich kann beim Staatlichen Schulamt Künzelsau 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 Künzelsau und die von diesem beauftragte Lehrkraft für Sonderpädagogik Daten, Informationen, Befunde und Gutachten über mein / unser Kind zum Zweck der Aufnahme in den Schulkindergarten bei den folgenden Stellen anfordert, besprechen und austauschen und in der zentralen Datenbank speichern darf. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind verpflichtet, die Informationen vertraulich zu behandeln.

[ ]  zuständiges Jugendamt / Sozialamt: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

[ ]  behandelnder Arzt (s.u. ausdrückliche Einwilligung): Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

[ ]  Kinderklinik, SPZ (s.u. ausdrückliche Einwilligung): Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

[ ]  Kindergarten: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

[ ]  Frühförderung: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

[ ]  Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

*(Bitte kreuzen Sie an, für welche Stellen Ihre Einwilligung gelten soll)*

[ ]  Ich willige/ wir willigen 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.

Unterschrift: Datum: Hier Datum eingeben.
 *(Sorgeberechtigte Person 1)*

Unterschrift: Datum: Hier Datum eingeben.
 *(Sorgeberechtigte Person 2)*