|  |
| --- |
| **Antrag der Sorgeberechtigten zur Klärung der Aufnahme in den Schulkindergarten**Stand 01.10.2024 |

|  |
| --- |
| **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. |

|  |
| --- |
| **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. Derzeit besuchte Kindertagesstätte** |
| Straße und Hausnummer Klicken Sie hier, um Text einzugeben.Postleitzahl und Ort Klicken Sie hier, um Text einzugeben.Telefon Klicken Sie hier, um Text einzugeben.E-Mail Klicken Sie hier, um Text einzugeben.Ansprechpartner Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

**Ich beantrage / wir beantragen, dass bei meinem /unserem Kind geklärt wird, ob die Voraussetzungen für die Aufnahme in den Schulkindergarten erfüllt sind.**

**Dazu beauftragt das Staatliche Schulamt Künzelsau eine Gutachterin/ einen Gutachter mit der Erstellung eines sonderpädagogischen Gutachtens.**

**Ich wirke / wir wirken bei der Klärung mit, indem ich / wir vorhandene Berichte (z.B. therapeutische und medizinische Berichte, Berichte der Frühförderung) vorlege / vorlegen und stimmen der notwendigen Überprüfung zu.**

**Die „Einwilligung in die Datenverarbeitung / Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht“ liegt vor.**

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

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

|  |
| --- |
| **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 / unseres 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(en): Datum: Hier Datum eingeben.
 *(Sorgeberechtigte Person 1)*

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