|  |
| --- |
| **Antrag der Sorgeberechtigten zur Klärung der Aufnahme in den Schulkindergarten**Stand 21.08.2025 |

|  |
| --- |
| **1. Angaben zur Person des Kindes** |
| Name, Vorname(n): Name eingeben.[ ]  Mädchen [ ]  Junge [ ]  diversgeb. am: Datum eingeben.Straße und Hausnr.: Hier Text eingeben.PLZ und Wohnort: Hier Text eingeben.Nationalität: Hier Text eingeben.Sorgeberechtigt sind / ist: [ ]  beide Elternteile [ ]  Mutter [ ]  Vater [ ]  Sonstiges (bitte angeben) |

|  |
| --- |
| **2. Aktuelle Adresse des/der Sorgeberechtigten** |
| **Sorgeberechtigte Person 1**Name, Vorname Hier Text eingeben.Straße / Hausnummer Hier Text eingeben.PLZ / Ort Hier Text eingeben.Tel.-Nr. Hier Text eingeben.E-Mail Hier Text eingeben. |
| **Sorgeberechtigte Person 2**Name, Vorname Hier Text eingeben.Straße / Hausnummer Hier Text eingeben.PLZ / Ort Hier Text eingeben.Tel.-Nr. Hier Text eingeben.E-Mail Hier Text eingeben. |

|  |
| --- |
| **3. Derzeit besuchte Kindertagesstätte** |
| Straße und Hausnummer Hier Text eingeben.Postleitzahl und Ort Hier Text eingeben.Telefon Hier Text eingeben.E-Mail Hier Text eingeben.Ansprechpartner Hier Text eingeben. |

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

Unterschrift: Datum: 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: Hier Text eingeben.

[ ]  behandelnder Arzt (s.u. ausdrückliche Einwilligung): Hier Text eingeben.

[ ]  Kinderklinik, SPZ (s.u. ausdrückliche Einwilligung): Hier Text eingeben.

[ ]  Kindergarten: Hier Text eingeben.

[ ]  Frühförderung: Hier Text eingeben.

[ ]  Hier Text eingeben.

*(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.

[ ]  Ich willige / wir willigen ausdrücklich ein, dass das Staatliche Schulamt Künzelsau die erforderlichen Unterlagen (Anspruchsfeststellung und sonderpädagogischer Bericht) an die zuständigen Kostenträger weiterleiten darf.

Diese Einwilligung/en kann / können verweigert werden.

Ferner kann eine einmal erteilte Einwilligung widerrufen werden.

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

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