|  |
| --- |
| **Antrag zur erneuten Feststellung des Anspruchs auf ein**  **sonderpädagogisches Bildungsangebot**  SBBZ  allgemeine Schule  Stand 21.08.2025 |

|  |
| --- |
| **Der Antrag erfolgt durch:**  die Sorgeberechtigten  die Schule |
| **Daten der allgemeinen Schule:**  Name der Schule: Schulname eingeben.  Kontaktdaten der Schule: Hier Text eingeben. |

|  |
| --- |
| **1. Angaben zur Person des Kindes** |
| Name, Vorname(n): Name eingeben.  Mädchen  Junge  divers  geb. 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)  Aktuell besuchte Klasse: Klasse eingeben.  Schulbesuchsjahre: Anzahl eingeben. |

|  |
| --- |
| **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. Anlagen Fettgedruckte Anlagen müssen verpflichtend abgegeben werden!** |
| |  | | --- | | **Pädagogischer Bericht / Entwicklungsbericht** | | **Zeugniskopie** | | Sonstige Berichte | |

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

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

Unterschrift: Datum: 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 Fortführung des sonderpädagogischen Bildungsangebots 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 Fortführung des sonderpädagogischen Bildungsangebots 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.

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, sonderpädagogisches Gutachten) an die zuständigen Kostenträger weiterleiten darf.

Diese Einwilligung/en kann / können verweigert werden.

Ferner kann eine einmal erteilte Einwilligung widerrufen werden.

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

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