|  |  |
| --- | --- |
| KLWAPPEN | **STAATLICHES SCHULAMT KONSTANZ** |

Stand: 02.11.2021

|  |
| --- |
| Einwilligungserklärung der Sorgeberechtigten**für das Aufnahmeverfahren in den Schulkindergarten** |

Mir/uns ist bekannt, dass die Einwilligung vollkommen freiwillig ist und eine erteilte Einwilligung jederzeit widerrufen werden kann, ohne dass dies Nachteile für mich/uns oder mein/unser Kind mit sich bringt. Die Einwilligung kann verweigert werden. Dieser Vordruck braucht nicht (unterschrieben) zurückgegeben zu werden, wenn keine Einwilligung erteilt wird. Ich/Wir hatte/n Gelegenheit, Fragen zu stellen und habe/n darauf Antwort erhalten.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nachname des KindesKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | VornameKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | GeburtsdatumKlicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. | [ ]  m[ ]  w[ ]  d |
| StraßeKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | PLZ, WohnortKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | TelefonKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nachname, Vorname der MutterKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Nachname, Vorname des VatersKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | ggf. andere PersonensorgeberechtigteKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Ich bin/ Wir sind damit einverstanden, dass der Schulkindergarten** (Name u. Anschrift):

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**das Staatliche Schulamt Konstanz und die/der beauftragte Mitarbeiter/in**

**Daten, Befunde, Informationen und Berichte folgender Einrichtungen und Praxen**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Name und Anschrift der Einrichtung/ Praxis |
| Kindergarten | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Kinderarzt/ Facharzt | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Frühförderung | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klinik/ SPZ | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Therapeuten | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Gesundheitsamt | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**über mein/ unser Kind** **zum Zweck der Aufnahme in den Schulkindergarten einholen, besprechen und austauschen dürfen.**

Die Mitarbeiter sind verpflichtet, die Informationen vertraulich zu behandeln.

Sie unterliegen der Schweigepflicht und den datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

Ort, Datum Unterschriften Personensorgeberechtigte

1 Die Unterzeichnung hat immer durch alle vorhandenen Personensorgeberechtigten zu erfolgen, es sei denn, die personensorgeberechtigten Eltern leben getrennt und das Kind hält sich mit Einwilligung des einen Elternteils oder auf Grund einer gerichtlichen Entscheidung gewöhnlich bei dem anderen Elternteil auf. In diesem Fall genügt die Unterschrift desjenigen Elternteils, bei dem sich das Kind aufhält.