

**Einwilligung zur Schweigepflichtentbindung, Gestattung zur Akteneinsicht sowie zur Überprüfung und Verarbeitung personenbezogener Daten**

Angaben zum Kind		
Name	Vorname	Geburtsdatum
Wohnanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)		

Angaben zu den Sorgeberechtigten/Eltern *	
Name, Vorname	Name, Vorname
<p>Hiermit gestatte/n ich/wir die Überprüfung und Verarbeitung personenbezogener Daten zu meinem/unserem Kind durch die Schulleitung oder die Sonderpädagogen.            Darüber hinaus wird gestattet, dass die o.g. Personen im Rahmen des Einschulungsverfahrens in zweckdienliche Unterlagen Einsicht nehmen dürfen bzw. zu den unten angekreuzten Einrichtungen Kontakt aufnehmen können.</p>	

Ich/Wir entbinde/n die zuständige Mitarbeiterin / den zuständigen Mitarbeiter von der Schweigepflicht (im Sinne einer gegenseitigen Schweigenpflichtentbindung) hinsichtlich der Herausgabe von Informationen zu meinem/unserem Kind. (bitte entsprechend ankreuzen und jeweils genaue Bezeichnung)			
	Name der Institution	Ansprechpartner	Telefonnummer
Kindertagesstätte <input type="checkbox"/>			
Gesundheitsamt (Einschulungsarzt) <input type="checkbox"/>			
Therapeutische Einrichtung (Logopädie, Frühförd.) <input type="checkbox"/>			
Ärzte <input type="checkbox"/>			
Hort <input type="checkbox"/>			
Jugend- und Sozialamt <input type="checkbox"/>			

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der Sorgeberechtigten

\* Der Begriff "Eltern" wird gemäß des Brandenburgischen Schulgesetzes verwendet, wonach der Begriff Eltern alle "die für die Person der minderjährigen Schülerin oder des minderjährigen Schülers einzeln oder gemeinsam Sorgeberechtigten oder ihnen nach diesem Gesetz gleichgestellte Personen" einschließt (vgl. § 2 Nr. 5 BbgSchulG).