

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

Name, Vorname (der Eltern oder des Elternteils oder der sonstigen sorgeberechtigten Person)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Hiermit gestatte/n ich/wir Frau/Herr _____
die Überprüfung und Verarbeitung personenbezogener Daten

zu meinem/unserem Kind _____

geboren am _____

Darüber hinaus wird gestattet, dass die o.g. Person im Rahmen des Verfahrens zur Zurückstellung vom Schulbesuch in zweckdienliche Unterlagen Einsicht nehmen darf.

Ich/Wir entbinde/n die zuständige Mitarbeiterin / den zuständigen Mitarbeiter
(bitte entsprechend ankreuzen und jeweils genaue Bezeichnung)

des Jugend- und Sozialamtes
Frau / Herr _____

des Kinder- und Gesundheitsdienstes im Gesundheitsamt
Frau / Herr _____

der schulpsychologischen Beratung
Frau / Herr _____

der vorschulischen Einrichtung
Frau / Herr _____

therapeutische Einrichtungen
Frau / Herr _____

andere Einrichtungen
Frau / Herr _____

von der Schweigepflicht (im Sinne einer gegenseitigen Schweigepflichtentbindung) hinsichtlich der
Herausgabe von Informationen zu meinem / unserem Kind.

Hinweis: Im Zusammenhang mit der Durchführung des Verfahrens zur Zurückstellung vom Schulbesuch besteht keine Verpflichtung zur Schweigepflichtentbindung. Entsprechend wird das Verfahren auch durchgeführt, wenn keine oder nur eine auf einzelne Einrichtung bezogene Schweigepflichtentbindung erteilt wird. Die Schweigepflichtentbindung kann jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Zugleich wird in die Übermittlung und weitere Verarbeitung der auf der Grundlage der Schweigepflichtentbindung gewonnenen personenbezogenen Daten meines / unseres Kindes für die unmittelbaren Zwecke des Verfahrens zur Zurückstellung vom Schulbesuch eingewilligt.

Datum

Unterschrift Eltern, Elternteil oder andere sorgeberechtigte Personen