



Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung und Akteneinsicht

| | |
|--|---|
| Name, Vorname der/des Erziehungsberechtigten | Datum |
| (Straße, Hausnummer) | voraussichtlicher Ort der Beschulung |
| (PLZ, Ort) | |
| Name, Vorname des Kindes | Geburtsdatum des Kindes |

Hiermit – erteile ich meine / erteilen wir unsere – Einwilligung, dass sich die für den Schulbesuch zuständige Grundschule in Vorbereitung eines erfolgreichen Schulbesuchs – meines/unseres – Kindes

mit Erziehern des Kindergartens / Lehrerin der vorherigen Schule

.....
(genaue Bezeichnung)

mit Vertretern der Logopädie

.....
(genaue Bezeichnung)

mit Vertretern der Ergotherapie

.....
(genaue Bezeichnung)

mit Vertretern des schulärztlichen Dienstes (Schularzt) / Facharzt

.....
(genaue Bezeichnung)

- mit Vertretern des Staatlichen Schulamts Westthüringen

.....
(genaue Bezeichnung)

in Verbindung setzen darf, um Einsicht in die Unterlagen wie Förderpläne, Gutachten, ärztliche Atteste, Bescheinigungen, Schulschein des schulärztlichen Dienstes zu nehmen.

.....
Unterschrift der Erziehungsberechtigten

* nicht Zutreffendes streichen