|  |
| --- |
| **Antrag auf Zurückstellung vom Schulbesuch für das Schuljahr 20..../20....****gemäß § 51 Absatz 2 des Brandenburgischen Schulgesetzes** |
|  **Angaben zum Kind** |
|  Name | Vorname |
|  | Geburtsdatum | Geschlecht🗆 weiblich 🗆 männlich |
|  |
|  | Name und Anschrift der bisher besuchten vorschulischen Einrichtung | Telefon mit Vorwahl | E-Mail |
|  |
|  |
|  **Angaben zu den Sorgeberechtigten** |
|  Stellung des Kindes zur Antragstellerin/zum Antragsteller |
|  | Name | Vorname |  |
|  |  |  |
|  | Straße und Hausnummer |
|  |
|  | Postleitzahl | Wohnort |
|  |
|  | Telefon mit Vorwahl und Hinweis auf zeitliche Erreichbarkeit | E-Mail  |
|  |
|  Nachname | Vorname |
|  |  |  |
|  | Straße und Hausnummer |
|  |
|  Postleitzahl | Wohnort |
|  |  |
|  Telefon mit Vorwahl und Hinweis auf  zeitliche Erreichbarkeit | E-Mail  |
|  |
|  **Begründung des Antrages** |
| (Anlagen beifügen) |
|  **beigefügte Anlagen** (freiwillig) |
|  | **🗆** fachärztliche Diagnosen🗆 Erfassungsbogen der „Grenzsteine der Entwicklung“ 🗆 Ergebnis der Sprachstandsfeststellung 🗆 Berichte der Kita/Tagespflege🗆 andere zweckdienliche Unterlagen |

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Datum Unterschrift Eltern, Elternteil oder andere sorgeberechtigte Personen |
|  |

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

|  |
| --- |
| Name, Vorname (der Eltern oder des Elternteils oder der sonstigen sorgeberechtigten Personen) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PLZ, Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Hiermit gestatte ich / wir Frau / Herrn \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_die Überprüfung und Verarbeitung personenbezogener Datenzu 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 entbinden die zuständige Mitarbeiterin / den zuständigen Mitarbeiter(bitte entsprechend ankreuzen und jeweils genaue Bezeichnung):🗆 des Jugend – und Sozialamtes Frau / Herrn \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🗆 des Kinder- und Gesundheitsdienstes im Gesundheitsamt  Frau / Herrn \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🗆 der schulpsychologischen Beratung  Frau / Herrn \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🗆 der vorschulischen Einrichtungen  Frau / Herrn \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🗆 therapeutischer Einrichtungen  Frau / Herrn \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🗆 anderer Einrichtungen  Frau / Herrn \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_von der Schweigepflicht (im Sinne einer gegenseitigen Schweigepflichtentbindung) hinsichtlich der Herausgabe von Informationen zu meinem / unserem Kind. Hinweis: In 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 Einrichtungen 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 |