

**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 und Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Hiermit gestatte/n ich/wir Frau/Herrn \_\_\_\_\_  
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 schulpсихologischen Beratung  
Frau / Herr \_\_\_\_\_
- der vorschulischen Einrichtungen  
Frau / Herr \_\_\_\_\_
- therapeutischer Einrichtungen  
Frau / Herr \_\_\_\_\_
- anderer 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 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