

Nur zur internen Bearbeitung!

Stempel der zuständigen Schule

Staatliches Schulamt Frankfurt/Oder
 Gerhard-Neumann-Str. 3
 15236 Frankfurt (Oder)

ANMELDUNG ZUM SCHULAUFNAHMEVERFAHREN FÜR DAS SCHULJAHR 20 /20

Datum der Anmeldung:

| Angaben zum Kind | | |
|---|-------------|---------------|
| Familienname | Geburtsname | Vorname |
| Geburtsdatum | | Geburtsort |
| Geschlecht <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich | | Muttersprache |
| Wohnanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) | | |
| bisher besuchte Kita | | |

| Angaben zu den Eltern | | |
|---|---------|---|
| <p>Der Begriff „Eltern“ wird gemäß dem Brandenburgischen Schulgesetz 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).</p> | | |
| 1. | | |
| Name | Vorname | <input type="checkbox"/> Sorgeberechtigte/r |
| Telefon mit Vorwahl / Hinweis auf zeitliche Erreichbarkeit | | E-Mail* |
| Wohnanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) | | |
| 2. | | |
| Name | Vorname | <input type="checkbox"/> Sorgeberechtigte/r |
| Telefon mit Vorwahl / Hinweis auf zeitliche Erreichbarkeit | | E-Mail* |
| Wohnanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) | | |

(* freiwillige Angaben)

| | |
|--|--|
| | Besondere Hinweise der Sorgeberechtigten |
| | |

| | | |
|--|------------|------------------------------------|
| | Ort, Datum | Unterschrift der Sorgeberechtigten |
| | | |

Anlage 3 der VV-GV

(zu Nr. 8a)

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 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/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