



Einverständnis zur Kooperation

Schüler*in	
Name	Vorname
Geburtsdatum, Geburtsort	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Schule, Klasse	Klassenlehrer*in
Sorgeberechtigte	
Name	Vorname
Telefon	E-Mail
Adresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)	
Name	Vorname
Telefon	E-Mail
Adresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)	
Einverständnis	
<p>Hiermit gebe ich mein/geben wir unser Einverständnis zur Durchführung von Kooperationsmaßnahmen (z.B.: Beratung, Diagnostik, Förderplanung) durch den Sonderpädagogischen Dienst der Schwarzwaldschule Ittersbach (<i>Sonderpädagogisches Bildungs- und Beratungszentrum mit Förderschwerpunkt Lernen</i>), um den Förderbedarf meines/unseres Kindes abzuklären und Fördermaßnahmen vorzuschlagen.</p> <p>Ich/Wir sind damit einverstanden, dass sich alle am schulischen Prozess beteiligten Personen über Daten, Informationen, Befunde und Ergebnisse aus Intelligenzdiagnostischen und sonstigen Testverfahren austauschen dürfen. Ich/Wir bin/sind informiert, dass der Sonderpädagogische Dienst fachrichtungsübergreifend mit einer Kolleg:in eines anderen Sonderpädagogischen Dienstes im Rahmen einer Beratung in den Austausch geht. Die Mitarbeiter:innen sind verpflichtet, die Informationen vertraulich zu behandeln. Sie unterliegen der Schweigepflicht und den datenschutzrechtlichen Bestimmungen.</p>	
_____	_____
Datum	Unterschrift(en) der/des Sorgeberechtigten



Einwilligungserklärung der Sorgeberechtigten

Mir/uns ist bekannt, dass die Einwilligung freiwillig ist und eine erteilte Einwilligung jederzeit widerrufen werden kann, ohne dass dies Nachteile für mich/uns oder mein/unser Kind mit sich bringt. Die Einwilligung kann verweigert werden. Dieser Vordruck braucht nicht (unterschrieben) zurückgegeben werden, wenn keine Einwilligung erteilt wird. Ich/Wir hatte/n Gelegenheit, Fragen zu stellen und habe/n darauf Antwort erhalten.

Name des Kindes, Geburtsdatum:

Name der Sorgeberechtigten:

Anschrift, Telefon:

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass der

Sonderpädagogische Dienst SBBZ Lernen an der Schwarzwaldschule Ittersbach
Belchenstr. 29, 76307 Karlsbad-Ittersbach, Tel.: 07248- 932273

Daten / Informationen / Befunde / Gutachten über mein / unser Kind

des Hausarztes / Kinderarztes:

.....(Name, Anschrift)

der Kinderklinik / des Sozialpädiatrischen Zentrums SPZ:

.....(Ansprechpartner, Einrichtung)

der Sonderpädagogischen Beratungsstelle:

.....(Ansprechpartner, Einrichtung)

der Kindertageseinrichtung:

.....(Ansprechpartner, Einrichtung)

.....

.....(Ansprechpartner, Einrichtung)

einholen, besprechen und austauschen darf.

Die Mitarbeiter/innen sind verpflichtet, die Informationen vertraulich zu behandeln. Sie unterliegen der Schweigepflicht und den datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

.....

Datum, Unterschrift(en)¹

.....

Datum, Unterschrift(en)¹

¹ Die Unterzeichnung hat immer durch alle vorhandenen Personensorgeberechtigten zu erfolgen, es sei denn, die personensorgeberechtigten Eltern leben getrennt und das Kind hält sich mit Einwilligung des einen Elternteils oder auf Grund einer gerichtlichen Entscheidung gewöhnlich bei dem anderen Elternteil auf. In diesem Fall genügt die Unterschrift desjenigen Elternteils, bei dem sich das Kind aufhält.