

Erziehungsberechtigte: \_\_\_\_\_

Schüler/in: \_\_\_\_\_

**Antrag auf Feststellung**  
**des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot**  
**Einwilligung in die Datenverarbeitung**  
**Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Ich willige / wir willigen ein, dass das Staatliche Schulamt Offenburg meine / unsere personenbezogenen Daten und die meines Kindes zum Zweck der Prüfung und Feststellung des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot und des geeigneten Lernortes nach den jeweiligen datenschutzrechtlichen Bestimmungen elektronisch in einer zentralen Datenbank verarbeitet. Zugriff auf diese Daten haben nur definierte Mitarbeiter des Staatlichen Schulamts Offenburg sowie die von diesem mit der sonderpädagogischen Diagnostik beauftragte Lehrkraft für Sonderpädagogik. Ich kann beim Staatlichen Schulamt Offenburg Auskunft über die gespeicherten Daten und die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Meine / unsere Angaben zum Antrag sind freiwillig. Liegen der Schule jedoch konkrete Hinweise auf einen Anspruch auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot vor und wird von mir / uns kein Antrag gestellt, ist der Antrag von der Schule beim Staatlichen Schulamt zu stellen.

Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass das Staatliche Schulamt Offenburg und die von diesem beauftragte Lehrkraft für Sonderpädagogik Daten, Informationen, Befunde und Gutachten über mein / unser Kind zum Zweck der Prüfung und Feststellung des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot und des geeigneten Lernortes bei folgenden Stellen anfordern, besprechen und austauschen und in der zentralen Datenbank speichern darf. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind verpflichtet, die Informationen vertraulich zu behandeln.

- Kindergarten: \_\_\_\_\_
- Grundschulförderklasse: \_\_\_\_\_
- behandelnder Arzt (s. u. ausdrückliche Einwilligung):
- Kinderklinik, SPZ (s. u. ausdrückliche Einwilligung): \_\_\_\_\_
- zuständiges Jugendamt: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

*Bitte kreuzen Sie an, für welche Stellen Ihre Einwilligung gelten soll*

Ich willige ausdrücklich ein, dass dabei Daten über die Gesundheit meines / unseres Kindes wie vorstehend beschrieben verarbeitet werden dürfen.

Diese Einwilligung/en kann / können verweigert werden. Ferner kann eine einmal erteilte Einwilligung widerrufen werden. Mir / uns ist bekannt, dass sich mein / unser Kind auf Verlangen der Schulaufsichtsbehörde nach § 82 Abs. 2 Schulgesetz an der sonderpädagogischen Diagnostik (pädagogisch-psychologische Prüfung ggf. einschließlich Schulleistungsprüfung und Intelligenztest) zu beteiligen und vom Gesundheitsamt untersuchen zu lassen hat.

Ort, Datum

Unterschrift(en)  
Erziehungsberechtigte

Unterschrift  
Schüler (ab 16 Jahren )