

Astrid-Lindgren-Schule

Förderschule Lernen und Geistige Entwicklung

Am Brink 13

49163 Bohmte

Tel.: 05471/540

Fax: 05471/8493

Email: info@als-bohmte.de



Aufnahme für das Schuljahr 20_____

Klasse: _____

SCHÜLERAUFNAHMEBOGEN

1. Angaben zur Schülerin/zum Schüler:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Ortsteil: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Konfession: _____

Einschulungsjahr: _____

Zuvor besuchte Schule: _____

Klasse: _____

Telefonnummer für Notfälle: _____

Unter dieser Telefonnummer sollte immer jemand erreichbar sein!

Was hilft dem Kind in Krisensituationen?

2. Angaben zu den Erziehungsberechtigten:

Gemeinsames Sorgerecht verheirateter, zusammen lebender Eltern:

JA ☐

Sonstiger Vormund ☐

NEIN ☐

Sollte nur ein Elternteil sorgeberechtigt sein, ist dies durch Vorlage der gerichtlichen Entscheidung nachzuweisen!

	Mutter	Vater	Vormund
Name, Vorname			
Anschrift*			
Telefon privat*			
Telefon dienstlich			
Mobiltelefon			
E-Mail-Adresse			

* Wenn Schüleradresse übernommen werden soll, kann hier „s. o.“ eingetragen werden.

3. Einwilligungserklärungen

(Alle Einwilligungserklärungen können jederzeit widerrufen werden.)

3.1 Einwilligung zur Einholung von Auskünften

Zur Unterstützung unserer pädagogischen Arbeit kann es erforderlich sein, Auskünfte bei vorschulischen Einrichtungen oder Grundschulen einzuholen.

☐ einverstanden ☐ nicht einverstanden

3.2 Einwilligung zur Darstellung von Bildern auf der Schulhomepage

Aktivitäten unserer Schule präsentieren wir gelegentlich auf der Schulhomepage oder in der lokalen Presse. für deren Gestaltung die Schulleitung verantwortlich ist. Dabei ist es auch möglich, dass Bilder Ihres Kindes oder kreative Unterrichtsergebnisse abgebildet werden.

☐ einverstanden ☐ nicht einverstanden

3.3 Einwilligung zur Erstellung einer Klassenliste

Zur Erleichterung des Schulbetriebes ist es hilfreich, wenn in jeder Klasse eine Telefonliste zwecks Weitergabe an alle Eltern der klassenangehörigen Schülerinnen/Schüler erstellt wird, um notfalls mittels Telefonkette/Emailverteiler bestimmte Informationen weiterzugeben.

☐ einverstanden ☐ nicht einverstanden

3.4 Einwilligung in die Übermittlung an die Klassenpflegschaft

Die Klassenpflegschaften erhalten von der Schule zur Durchführung ihrer Aufgaben Ihre Namen und Adressdaten, wenn Sie hierzu Ihre schriftliche Einwilligung erteilen. Zur Verfahrenserleichterung bitten wir Sie bereits an dieser Stelle, um Ihre Einwilligung. Sollten Sie in Kenntnis der personellen Zusammensetzung Ihrer Elternvertretung eine Übermittlung nicht wünschen, können Sie die Einwilligung für die Zukunft selbstverständlich widerrufen.

☐ einverstanden ☐ nicht einverstanden,

4. Haftungsausschluss bei Verlust oder Schäden eines Handys oder Smartphones

Werden auf Basis der SchuIordnung der Astrid-Lindgren-Schule oder der schulgesetzlichen Regelungen zur Möglichkeit der zeitweisen Wegnahme von Gegenständen (Erziehungsmittel) internetfähige Geräte, Mobiltelefone, Smartphones, Smartwatches, Tablets etc. vorübergehend eingezogen, übernimmt die Schule keinerlei Haftung für Verlust, Diebstahl oder Beschädigung der Geräte. Ein Schadensersatz ist grundsätzlich ausgeschlossen.

5. Handlungserlaubnis bei Bagatellunfällen/-verletzungen

Hierzu gehören die Entfernung von:

- ☐ Zecken
- ☐ Dornen/ Splitter
- ☐ Erstversorgung von Schürfwunden und leichten Schnittverletzungen mittel Pflaster
- ☐ Wunddesinfektion

6. Folgende Allergien sind bekannt und zu berücksichtigen:

7. Impfschutz gegen Masern liegt vor? (Nachweis muss vor der Aufnahme in die Schule erbracht werden)

JA ☐ NEIN ☐

Wir verpflichten uns/ich verpflichte mich, alle für die Schule relevanten Änderungen umgehend mitzuteilen.

Bohmte, den _____

Unterschrift Sorgeberechtigte/r

Diagnosen und Medikation (mit Bezug zur Persönlichkeitsentwicklung, dem schulischen Lernvermögen u. ä.)

			Bitte Zeiten eintragen			
Diagnosen	Aktuelle Medikation	Dosierung Verabreichung / Lagerung	Zu Hause	Schule		Zu Hause
Notfallmedikation:		Verabreichung bei folgenden Symptomen:				

- ☐ Medikamente werden selbständig eingenommen.
- ☐ Einnahme der Medikamente muss beaufsichtigt/kontrolliert werden.
- ☐ Medikamente müssen eingegeben werden.
- ☐ Bei Nichteinnahme in der Schule muss ich informiert werden.

Ich versichere, dass ich die in der Schule einzunehmenden Medikamente fachgerecht zusammengestellt habe und in angemessener Verpackung (mit Namen und Medikation) in die Schule mitgeben werde.

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r: _____

Therapien

Aktuelle Therapien/Maßnahmen: _____

Durchgeführt von/bei: _____

Abgeschlossene Therapien: _____



Astrid - Lindgren - Schule | Am Brink 13 | 49163 Bohmte

Ihr Zeichen:

Ihre Nachricht vom:

Unsere Nachricht vom:

Astrid-Lindgren-Schule

Förderschule Lernen und
Geistige Entwicklung mit
Hauptschulzweig
Förder- und Beratungszentrum

Datum

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die vollständige Schülerakte
meines Sohnes / meiner Tochter

(Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

von der bisher besuchten Schule an die
Astrid-Lindgren-Schule, Am Brink 13, 49163 Bohmte
weitergegeben werden darf.

(Unterschrift Erziehungsberechtigte)

Ihr Ansprechpartner
Frau Schröder

Post
**Am Brink 13
49163 Bohmte**

Telefon
05471 540

Fax
05471 8493

Web
als-bohmte.de

Mail
info@als-bohmte.de

Schulträger
Landkreis Osnabrück

**Information über die Verarbeitung personenbezogener Daten nach Art. 14
Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)
- Zahnärztliche Untersuchungen nach § 21 SGB V -**

Die personenbezogenen Daten Ihres Kindes sowie der Sorgeberechtigten (Name, Kontaktdaten und Geburtsdatum des Kindes, Name und Kontaktdaten der Sorgeberechtigten) werden durch den Landkreis Osnabrück, FD Gesundheit verarbeitet, insbesondere erhoben und gespeichert. Diese Daten hat der Landkreis Osnabrück bei der Schule erhoben.

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt auf gesetzlicher Grundlage. Rechtsgrundlage der Verarbeitung dieser Daten ist § 57 des Nds. Schulgesetzes (NSchG) in Verbindung mit § 5 Abs. 3 des Nds. Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (NGöGD) in Verbindung mit § 21 Abs. 1 des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs. Die Weitergabe der personenbezogenen Daten von der Schule an das Gesundheitsamt erfolgt auf Grundlage des § 31 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 NSchG.

Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten dient ausschließlich dem Zweck der Durchführung von zahnärztlichen Untersuchungen mit dem Ziel der Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen.

Es erfolgt keine Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten an Dritte. Behandlungsbedürftige Befunde werden den Sorgeberechtigten mitgeteilt.

Die erhobenen Daten werden für einen Zeitraum von zehn Jahren gespeichert und anschließend gelöscht.

Weitere Informationen zur Datenverarbeitung und Datensicherheit erhalten Sie auf der Homepage des Landkreises Osnabrück unter www.landkreis-osnabrueck.de/information-dsgvo.

Den Landkreis Osnabrück, FD Gesundheit als verantwortliche datenverarbeitende Stelle können Sie per E-Mail unter info@landkreis-osnabrueck.de bzw. postalisch unter Landkreis Osnabrück, FD Gesundheit, Am Schölerberg 1, 49082 Osnabrück, kontaktieren.

Sie können außerdem die Datenschutzbeauftragte des Landkreises Osnabrück per E-Mail unter datenschutz@landkreis-osnabrueck.de bzw. postalisch unter Landkreis Osnabrück, Datenschutzbeauftragte, Am Schölerberg 1, 49082 Osnabrück kontaktieren.

Sie können gegenüber dem Landkreis Osnabrück folgende Rechte geltend machen:

- Recht auf Auskunft
- Recht auf Berichtigung oder Löschung
- Einschränkung der Verarbeitung
- Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung

Darüber hinaus können Sie sich an die Niedersächsische Aufsichtsbehörde für den Datenschutz, Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen in Hannover, wenden und dort ein Beschwerderecht geltend machen.