

Grundschule „Am Baumhof“ Schwanebeck

Die nachfolgenden Angaben werden gem. des Schulgesetzes von Sachsen-Anhalt erhoben. Die Speicherung der Daten erfolgt elektronisch und in Akten. Die Datenverarbeitung richtet sich nach den datenschutzrechtlichen Regelungen der EU-Datenschutz-Grundverordnung sowie weiteren Vorschriften des Landes Sachsen-Anhalt. Alle maßgeblichen Informationen bezüglich der Direkterhebung der personenbezogenen Daten im Rahmen der Neuanmeldung entnehmen Sie bitte dem beigefügten Informationsblatt „Hinweise zum Datenschutz“ und geben es unterschrieben in der Schule ab.

Schülerin / Schüler	
Einschulungsdatum:	
<input type="checkbox"/> Regeleinschulung <input type="checkbox"/> vorzeitige Einschulung <input type="checkbox"/> Einschulung nach Zurückstellung <input type="checkbox"/> Zurückstellung wird beantragt	
Vorheriger Schulbesuch?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn Ja, welche Schule?
Familienname:	
Vorname:	
Geburtsort:	
Geburtsdatum:	
Geschlecht:	
Straße:	Bitte nur den <u>Hauptwohnsitz</u> des Kindes angeben
PLZ, Ort:	
Ortsteil:	
Telefonnummer:	
Staatsangehörigkeit:	
Religion/Bekenntnis:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn Ja, welche/s? <input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> katholisch <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Teilnahme am Unterricht:	<input type="checkbox"/> Ethik <input type="checkbox"/> katholische Religion oder <input type="checkbox"/> evangelische Religion Ein Fach ist Pflicht.
	An unserer Schule kann innerhalb der Unterrichtszeiten kein kath. Religionsunterricht durchgeführt werden. Ev. Religionsunterricht nur, wenn eine Lerngruppe mit ausreichen Kindern gesichert werden kann.
Vorheriger Kindergartenbesuch?	<input type="checkbox"/> Ja, welcher Kindergarten? <input type="checkbox"/> Nein
Hortanmeldung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Anzahl der Geschwister:	
Frühförderung/ Integration im Kindergarten?	
Festgestellte für den Schulbereich bedeutsame Behinderungen bzw. Krankheiten:	

Pfleigestufe/-grad?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	Wenn Ja, welche/r?	
Sorgeberechtigte Eltern		
	<u>Mutter</u>	<u>Vater</u>
Name, Vorname:		
Straße und Hausnummer:		
PLZ, Ort, Ortsteil :		
Telefon (privat) Handy:		
Telefon (privat) Festnetz:		
Email dringend notwendig!		
Arbeitsstelle (Wo?) Firma?):		
Telefon (dienstlich):		
Telefon Notruf Großeltern:		
Telefon Notruf 2:		

Bei Alleinerziehenden:	Haben Sie das alleinige Sorgerecht?			
	Ja		Nein	(Wenn Ja, bitte Gerichtsurteil/-beschluss vorlegen!)
Gerichtsurteil/ -beschluss hat vorgelegen:	Ja		Nein	

Bei Lebensgemeinschaften:	Hat der Vater eine Sorgerechtserklärung abgegeben?			
	Ja		Nein	
Nachweis hat vorgelegen:	Ja		Nein	

Andere Sorgeberechtigte (Großeltern, Pflegefamilie, etc.)	
Name, Vorname:	
Straße und Hausnummer:	
PLZ, Ort, Ortsteil :	
Telefon (privat) Handy:	
Telefon (privat) Festnetz:	
Email dringend notwendig!	

Bei Alleinerziehenden:	Haben Sie das alleinige Sorgerecht?			
	Ja		Nein	(Wenn Ja, bitte Gerichtsurteil/-beschluss vorlegen!)
Gerichtsurteil/ -beschluss hat vorgelegen:	Ja		Nein	

Kenntnisnahme des Informationsblattes „Datenschutz“ lt. DS-GVO

Das Informationsblatt zum Datenschutz und die darin enthaltenen Informationen habe/n ich/wir erhalten

und zur Kenntnis genommen:

Ja

(Bitte ankreuzen!)

Schwanebeck, _____

Ort, Datum

(Unterschrift beider Sorgeberechtigten)

Mutter

Vater

oder

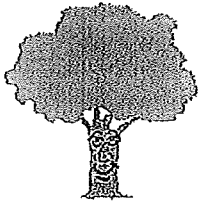
(Unterschrift der anderen Sorgeberechtigten)

Eingangsvermerk der Schule:

Schüleraufnahmebogen eingegangen am:

Schulstempel

Datum/ Unterschrift/ Funktion



„Am Baumhof“

Grundschule mit kooperativem Ganztagsangebot

Baumgarten 4 * 39397 Schwanebeck ☎ 039424/ 234 Fax 94360

Hinweise zum Datenschutz

Sehr geehrte Eltern,

seit dem 25. Mai 2018 gelten die neuen Vorschriften der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO). Wir wollen Sie über den Umgang mit Ihren Daten sowie über Ihre Rechte informieren. Der Schutz und die Sicherheit von persönlichen Daten haben bei uns eine hohe Priorität.

Daten des Kindes und der Personensorgeberechtigten

Wir erheben mit unserem Schüleraufnahmebogen personenbezogene Daten (Name des Kindes, Geburtsdatum, -ort, Adresse, Angaben zur Vorbildung, Namen und Adressen der Personensorgeberechtigten, ggf. Telefonnummern, Anzahl der Geschwister, bedeutsame Informationen wie Allergien). Diese Daten werden im Rahmen der Aufnahme und der späteren Beschulung gemäß Art. 6 Abs. 1c EU-DSGVO verwaltet und gespeichert. Beim Austritt aus der Schule werden diese entsprechend der rechtlichen Verpflichtung archiviert. Eine Weitergabe der Daten erfolgt nicht bzw. nur in Form der Schülerakte nach Anforderung der aufnehmenden Schule.

Daten von Abholberechtigten

Sie haben die Möglichkeit, Ihr Kind von anderen Personen abholen zu lassen. Diese Personen sind gesondert zu benennen. Die Erfassung der Daten und Speicherung dieser Daten erfolgt gemäß Art. 6 Abs. 1c EU-DSGVO ausschließlich zum Zwecke der gesicherten Abholung Ihres Kindes und werden nach Austritt wieder gelöscht.

Veröffentlichung von Fotos und Arbeiten

Im Rahmen unserer Öffentlichkeitsarbeit können immer wieder Bild- und Tonmaterial oder Schülerarbeiten Ihrer Kinder genutzt werden. In unserer gesonderten **Einwilligung in die Veröffentlichung personenbezogener Daten** gehen wir darauf nochmals ausführlich ein.

Diese ist gemäß Art. 6 Abs. 1a EU-DSGVO erforderlich. Die Einwilligung ist jederzeit schriftlich widerrufbar. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zum Zeitpunkt des Widerrufs wird dabei nicht berührt.

Grundsätze der Verarbeitung

Gemäß Art. 5 Abs. 1 b, e EU-DSGVO dürfen personenbezogene Daten nur für einen bestimmten Verarbeitungszweck erhoben und nur solange gespeichert werden, wie es für den jeweiligen Zweck erforderlich ist. Bestimmte personenbezogene Daten müssen wir aus rechtlichen Gründen archivieren. Das Recht auf Löschung entfällt gemäß Art. 17 Abs. 3 EU-DSGVO für Archivzwecke.

Auskunft

Sie haben die Möglichkeit jederzeit bei der Schulleitung schriftlich nachzufragen, welche Daten über Ihr Kind und über Sie bei uns gespeichert sind (Art. 15 EU-DSGVO). Sie haben ebenfalls das Recht auf Berichtigung (Art. 16 EU-DSGVO), Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 EU-DSGVO) und Datenübertragbarkeit (Art. 20 EU-DSGVO).

Widerruf

Sofern keine erforderlichen Gründe im Zusammenhang mit der Schulverwaltung bestehen und keine Rechtsvorschrift die Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten vorschreibt, können Sie jederzeit die zuvor erteilte Einwilligung in die Veröffentlichung oder Weitergabe personenbezogener Daten mit sofortiger Wirkung schriftlich widerrufen (Art. 21 EU-DSGVO). Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zum Zeitpunkt des Widerrufs wird dabei nicht berührt.

Kenntnisnahme

Ich/ Wir habe/n die Hinweise zum Datenschutz zur Kenntnis genommen.

Schwanebeck, _____

Name, Vorname	Name, Vorname
Unterschrift/en	
Unterschrift	Unterschrift

Name und Vorname/n des Kindes:

Name und Tel.-Nr. der Mutter bzw. Elternteil 1:

Name und Tel.-Nr. des Vaters bzw. Elternteil 2:

Geburtsdatum des Kindes: . . Geschlecht des Kindes: männlich weiblich diversWohnadresse des Kindes: PLZ Ort:

Straße, Hausnr.:

Geburtsland des Kindes Deutschland nicht Deutschland, sondern:Geburtsland der Mutter bzw. Elternteil 1 Deutschland nicht Deutschland, sondern:Geburtsland des Vaters bzw. Elternteil 2 Deutschland nicht Deutschland, sondern:Nationalität der Mutter bzw. Elternteil 1 deutsch nicht deutsch, sondern:Nationalität des Vaters bzw. Elternteil 2 deutsch nicht deutsch, sondern:

Zuständige Grundschule:

1. Schwangerschaft und Geburtsverlauf

Erkrankung der Mutter in der Schwangerschaft (z. B. Schwangerschaftsdiabetes, Bluthochdruck, (Prä)Eklampsie, Thrombose)

 nein ja wenn ja, welche? Normalgeburt (Spontangeburt) Frühgeburt Kaiserschnitt weitere Geburtskomplikationen (z.B. Saugglocke, Zangengeburt) Mehrlingsgeburt Geburtsgewicht g**2. Entwicklung des Kindes**Allein Laufen gelernt bis zum 15. Monat späterSprechen gelernt (mind. 2-Wort-Sätze, ca. 50 Wörter) bis zum 2. Geburtstag späterTags und nachts sauber bis zum 4. Geburtstag später**3. Frühere Erkrankungen**

Hatte Ihr Kind in der Vergangenheit eine/ mehrere der folgenden Erkrankungen/ Beeinträchtigungen?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> häufige Atemwegserkrankungen (ARE) |
| <input type="checkbox"/> Hörstörung | <input type="checkbox"/> Pseudokrupp |
| <input type="checkbox"/> Krampfanfälle (Fieberkrampf, Epilepsie) | <input type="checkbox"/> Spreiz(hosen)behandlung |
| <input type="checkbox"/> wiederholte Mittelohrentzündung(en)/ -vereiterung(en) | <input type="checkbox"/> Erkrankung(en) der Füße |
| <input type="checkbox"/> Nieren- / Blasenerkrankung(en) | <input type="checkbox"/> Erkrankung(en) der Wirbelsäule |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankung(en) | |
| <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankung(en) / welche? | |

4. Aktuelle (derzeitige) gesundheitliche Besonderheiten

Hat Ihr Kind derzeit eine/ mehrere der folgenden Erkrankungen/ Beeinträchtigungen?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sehstörung (z.B. Brillenträger, Schielen) | <input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit) Herz- |
| <input type="checkbox"/> gehäuftes Atmen mit offenem Mund | <input type="checkbox"/> Kreislauf-Erkrankung(en) |
| <input type="checkbox"/> Auffälligkeit(en) im Verhalten | <input type="checkbox"/> Nieren-/ Blasenerkrankung(en) |
| <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankung(en) / welche? | |

5. Hat ein(e) Ärztin/Arzt jemals eine der folgenden Krankheiten festgestellt?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> chronische Bronchitis |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Allergie(n) / welche? |

6. Krankenhausaufenthalte und OperationenLag Ihr Kind jemals im Krankenhaus? nein ja, und zwar insgesamt mal
wegen: akuter Erkrankung chronischer Krankheit Unfall stationäre Operation(en) sonst.Wurde Ihr Kind jemals ambulant operiert? nein ja

Gründe Krankenhausaufenthalt(e)/ Operation(en):

- 7. Befindlichkeitsstörungen** Kopfschmerzen? Muskel-, Gelenk- oder Rückenschmerzen?
 Hat Ihr Kind häufiger: Bauchschmerzen? Schlafstörungen?

8. Therapien

Wird oder wurde bei Ihrem Kind eine oder mehrere der folgenden Therapien durchgeführt?

- | | | |
|---------------------------|----------------------------------|---|
| Sprachtherapie/ Logopädie | <input type="checkbox"/> derzeit | <input type="checkbox"/> früher (abgeschlossen) |
| Ergotherapie | <input type="checkbox"/> derzeit | <input type="checkbox"/> früher (abgeschlossen) |
| Physiotherapie | <input type="checkbox"/> derzeit | <input type="checkbox"/> früher (abgeschlossen) |
| ambulante Frühförderung | <input type="checkbox"/> derzeit | <input type="checkbox"/> früher (abgeschlossen) |
| integrierte Förderung | <input type="checkbox"/> derzeit | <input type="checkbox"/> früher (abgeschlossen) |

sonstige Therapien:

Kind nimmt zurzeit regelmäßig Medikamente nein ja / welche?

9. Sonstige gesundheitliche Probleme, die Sie gern im Hinblick auf die Einschulung Ihres Kindes

besprechen möchten

Die folgenden Angaben sind freiwillig. Sie sollen helfen, die (eventuelle) Notwendigkeit von Therapien und/oder Fördermaßnahmen für Ihr Kind besser einzuschätzen und mit Ihnen besprechen zu können und werden in anonymisierter Form (ohne Namen und Adresse) für die Gesundheitsberichterstattung (GBE) verwendet. Deshalb bitten wir Sie, auch die nachfolgenden Fragen zu beantworten und die untenstehende Einwilligung zu unterschreiben.

10. Familiäres Umfeld und Betreuung des Kindes

Bezugsperson(en):

das Kind lebt ständig

- bei beiden Eltern
 bei der Mutter bzw. Elternteil 1
 beim Vater bzw. Elternteil 2

Geschwister (ohne das einzuschul. Kind)	keine	<input type="checkbox"/>	Anzahl	<input type="text"/>	<input type="text"/>
derzeit im Haushalt lebende Kinder INSGESAMT	(inklusive des einzuschulenden Kindes)		Anzahl	<input type="text"/>	<input type="text"/>
... davon jünger als das einzuschulende Kind			Anzahl	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- bei der Mutter bzw. Elternteil 1 mit Ehe-/ Lebenspartner/in
 beim Vater bzw. Elternteil 2 mit Ehe-/ Lebenspartner/-in
 wechselnd zu etwa gleichen Teilen bei Mutter/ Elternteil 1 bzw. beim Vater/ Elternteil 2 (mit oder ohne jeweilige/n Ehe-/ Lebenspartner/-in)
 bei anderen Bezugspersonen (z.B. Adoptiv-, Groß-, Pflegeeltern, Heim)

Wie wird Ihr Kind derzeit tagsüber betreut?

- nur zuhause (Hauskind)
 KITA halbtags (<=5h), Rest des Tages zuhause KITA ganztags (>5h), Rest des Tages zuhause
 Tagespflege halbt. (<=5h), Rest des Tages zuhause Tagespflege ganzt. (>5h), Rest des Tages zuhause
 KITA und Tagespflege (jeweils etwa halbtags)

Falls Ihr Kind die KITA besucht: wie alt war es bei Eintritt? <2J 2J 3J 4J 5J

- Erwerbstätigkeit Mutter bzw. Elternteil 1: ja nein zurzeit Ausbildung/ Studium
 Erwerbstätigkeit Vater bzw. Elternteil 2: ja nein zurzeit Ausbildung/ Studium

- Schulabschluss Mutter bzw. Elternteil 1: weniger als 10. Klasse (Hauptschule, Förderschule, kein Abschluss)
 10. Klasse (Mittlere Reife, Realschule)
 mehr als 10. Klasse (Abitur)

- Schulabschluss Vater bzw. Elternteil 2: weniger als 10. Klasse (Hauptschule, Förderschule, kein Abschluss)
 10.Klasse (Mittlere Reife, Realschule)
 mehr als 10. Klasse (Abitur)

- Wird im Haushalt geraucht? nein ja
 wenn ja, wo (bitte nur eine Antwort) nur außerhalb der Wohnung innerhalb u. außerhalb der Wohnung

Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung der freiwilligen Angaben im Fragenkomplex 10

(personenbezogene Daten nach Artikel 6 Abs. 1a und besondere Kategorien personenbezogener Daten nach Artikel 9 Abs. 1a der Datenschutz-Grundverordnung).

Verantwortliche Behörde:

Landkreis Harz - Gesundheitsamt - Amtsleitung
 Schwanebecker Straße 14, 38820 Halberstadt, gesundheitsamt@kreis-hz.de

Datenschutzbeauftragte:

Frau Scholz
 datenschutz@kreis-hz.de

Hiermit willige ich in die Erhebung und Verarbeitung meiner Angaben im Fragenkomplex 10 ein. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich diese Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen kann, ohne Nachteile zu erleiden.

.....
 Ort, Datum Unterschriften der Elternteile