



## Einwilligung zur Weitergabe

Die **Aufgabe der Schulsozialarbeit an den Schulen in Trägerschaft des Ortenaukreises** ist die Begleitung der Schülerinnen und Schülern in ihrer gesamten Schullaufbahn sowie die Förderung der persönlichen, sozialen und beruflichen Entwicklung. Zudem hilft, berät und unterstützt die Schulsozialarbeit bei Bedarf in Krisensituationen und fungiert als Vertrauensperson in unterschiedlichen Situationen.

Um Schülerinnen und Schüler bestmöglich unterstützen zu können, benötigt die Schulsozialarbeit eine Einwilligung zur Datenweitergabe personenbezogener Daten (persönliche Daten wie Name, Geburtsdatum und Anschrift sowie vermittlungsrelevante Daten) und ggf. eine Schweigepflichtentbindung.

Deshalb bitten wir Sie, folgende Erklärung auszufüllen und zu unterschreiben.

### Einwilligung zur Datenweitergabe personenbezogener Daten

Hiermit willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten *inklusive Fotos für interne schulische Zwecke und für Zeitungsberichte über schulische Veranstaltungen (im Bedarfsfall kursiv Gedrucktes bitte streichen)* von der

Schulsozialarbeit an ..... (Name der Schule)

an folgende Kooperationspartner weitergegeben werden dürfen\*:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ärzte                      | <input type="checkbox"/> Beratungsstellen           |
| <input type="checkbox"/> Betrieb                    | <input type="checkbox"/> Bundesagentur für Arbeit   |
| <input type="checkbox"/> Kammer/n (IHK, HWK, ...)   | <input type="checkbox"/> Kommunale Arbeitsförderung |
| <input type="checkbox"/> Kommunalen Sozialer Dienst | <input type="checkbox"/> Schule                     |
| <input type="checkbox"/> Therapeuten                |   |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: .....           |   |
| .....   |   |
| .....   |   |

\* Unzutreffendes bitte streichen.

Name, Vorname Schüler/in: .....

Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....

Ort, Datum, Unterschrift: .....

ggf. Name und Unterschrift Sorgeberechtigte/r:

.....

**Hinweis:** Sofern die Schülerin/der Schüler nicht das 16. Lebensjahr vollendet hat, ist die Zustimmung der Sorgeberechtigten erforderlich, sofern es sich nicht lediglich um Präventions- oder Beratungsdienste handelt, die unmittelbar dem Kind angeboten werden. Diese Einwilligung gilt bis auf Widerruf bzw. bis zum Ende der Schulzeit an der oben genannten Schule.

## Schweigepflichtentbindung

Hiermit willige ich ein, dass folgende Inhalte:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

von der  
Schulsozialarbeit an ..... (Name der Schule)

an folgende Kooperationspartner weitergegeben werden dürfen und die Schweigepflicht somit entbunden wird:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ärzte                      | <input type="checkbox"/> Beratungsstellen           |
| <input type="checkbox"/> Betrieb                    | <input type="checkbox"/> Bundesagentur für Arbeit   |
| <input type="checkbox"/> Kammer/n (IHK, HWK, ...)   | <input type="checkbox"/> Kommunale Arbeitsförderung |
| <input type="checkbox"/> Kommunaler Sozialer Dienst | <input type="checkbox"/> Schule                     |
| <input type="checkbox"/> Therapeuten                |   |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: .....           |   |
| .....   |   |
| .....   |   |

\* Unzutreffendes bitte streichen.

Name, Vorname Schüler/in: .....

Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....

.....

Ort, Datum, Unterschrift: .....

ggf. Name und Unterschrift Sorgeberechtigte/r:

.....

**Hinweis:** Einwilligung und Schweigepflichtentbindung können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden und gelten nur bis zum Ende der Schulzeit an der oben genannten Schule: