

Einwilligungserklärung zur Aufnahme in die HPT- übergreifende Vormerkliste

Sie können Ihr Kind auf die Vormerkliste setzen lassen, um die Chance zu erhöhen schnell einen geeigneten Platz in einer unserer Einrichtungen zu finden.

Hier können Sie auswählen, für welche Einrichtung(en) die Vormerkung erfolgen soll:

- ☐ Heilpädagogische Tagesstätte Aich
- ☐ Heilpädagogische Tagesstätte Am Schulweg
- ☐ Heilpädagogische Tagesstätte Pucher Straße / Intensivgruppe
- ☐ Heilpädagogische Tagesstätte Brucker Kinderhaus
- ☐ Heilpädagogische Tagesstätte 3/Die Feldmäuse
- ☐ Heilpädagogische Tagesstätte - Schulvorbereitende Einrichtung

Angaben zum Kind

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Geschlecht	
Straße/ Hausnummer	
Postleitzahl/ Wohnort	
Aktuelle Einrichtung	
Bisher besuchte Einrichtungen	
Anmeldung empfohlen/ unterstützt durch	

Hiermit willige ich/ willigen wir ein, dass oben genannte Daten zu meinem Kind in der Vormerkliste erfasst werden.

Mir / Uns ist bewusst, dass alle oben aufgeführten Einrichtungen Zugriff auf die hier hinterlegten Daten haben, um die Aufnahme meines/unseres Kindes zu planen und zu koordinieren.

Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden.

Wir weisen darauf hin, dass die Daten nach dem 7.Geburtstag Ihres Kindes gelöscht werden, da Ihr Kind dann das Schulalter erreicht hat und nicht mehr aufgenommen werden kann.

Datum, Unterschrift der Erziehungsberechtigten / Personensorgeberechtigten



Schweigepflichtentbindung

Hiermit erkläre ich mich / wir uns einverstanden,

dass Mitarbeitende der _____ (Name der Einrichtung)
der Stiftung Kinderhilfe Fürstenfeldbruck streng vertrauliche schriftliche und mündliche Informa-
tionen sowie Daten zur Gesundheit

über unser Kind _____ (Vorname, Name)

Name der Eltern/Sorgeberechtigten: _____

Adresse: _____

die zum Aufnahmeverfahren und während der Förderung in unserer Einrichtung hilfreich sind,
mit folgenden Stellen gegenseitig austauschen:

- Heilpädagogische Tagesstätte Aich
- Heilpädagogische Tagesstätte Am Schulweg
- Heilpädagogische Tagesstätte Pucher Straße/ Intensivgruppe
- Heilpädagogische Tagesstätte Brucker Kinderhaus
- Heilpädagogische Tagesstätte 3/ Die Feldmäuse
- Heilpädagogische Tagesstätte - Schulvorbereitende Einrichtung /SVE
- Externe Psycholog*innen/Therapeut*innen

- Behandelnder Ärzt*in (Kinderfachärzt*in, Allgemeinärzt*in)

Name: _____

Adresse: _____

- Derzeitige Einrichtung / Institutionen / Personen

Name: _____

Adresse: _____

Die Schweigepflichtentbindung ist gültig bis zum Abschluss der heilpädagogischen Maßnahme.
Mir ist bekannt, dass ich diese jederzeit verändern und widerrufen kann.

_____ (Ort), den _____ (Datum)

Unterschrift der Erziehungsberechtigten / Personensorgeberechtigten