



Information SuS mit gesundheitlichen Einschränkungen

Foto	Klasse	_____
	Name	_____
	Vorname	_____

Datenschutzerklärung – Einwilligung

Ich willige/wir willigen ein, dass die Findorff-Schule personenbezogene Daten meines/unsere Kindes

Art der Erkrankung

an die Lehrkräfte und die pädagogischen MitarbeiterInnen weitergibt, soweit dies für den fürsorglichen Umgang mit dem Kind in der Schule erforderlich ist. Mir/uns ist bekannt, dass ich/wir meine/unsere Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann/können.

Personensorgeberechtigte

Name	Anschrift	Telefon	Mobil

Datum Unterschrift Personensorgeberechtigte