



Waldtor-Schule SBBZ-LERNEN  
79761 Waldshut-Tiengen  
Waldtorstr.12  
Tel: 07751/884300  
Fax: 07751/884388  
Email: schulleitung@waldtor-schule.de  
Schulleitung: J. Stegmaier

# Anmeldung 2-jährige-Kooperationsklasse Waldtor-Schule Waldshut / Berufliche Schulen Waldshut

## Anschrift der Erziehungsberechtigten:

<b>Namen:</b>	.....
<b>Vornamen:</b>	.....
<b>Straße, Nr.:</b>	.....
<b>PLZ / Wohnort:</b>	.....
<b>Telefon/Handy:</b> <i>Erreichbarkeit während dem Unterricht!</i>	.....
<b>E-Mail:</b>	.....
<b>Sorgeberechtigte:</b> <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> _____ <i>Daten sind von beiden Elternteilen erforderlich!</i> <i>Bei alleinigem Sorgerecht bitte das entsprechende Dokument im Sekretariat vorlegen!</i>	

## Angaben zur Schülerin / zum Schüler:

<b>Name, Vorname der Schülerin / des Schülers:</b>	.....
<b>Abgebende Schule:</b>	.....
<b>Geburtsdatum:</b> .....	<b>Geburtsort:</b> .....
<b>Staatsangehörigkeit:</b> .....	<b>Religion:</b> .....
<b>Muttersprache:</b> .....	<b>Erkrankungen/ Medikation:</b> .....

## Unterstützungssysteme

Folgende Unterstützungssysteme werden / wurden in den letzten 2 Jahren in Anspruch genommen: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Familienhilfe / Jugendamt →Schweigepflichtentbindung O ja O nein
- Erziehungsberatungsstelle →Schweigepflichtentbindung O ja O nein
- Schulpsychologische Beratungsstelle →Schweigepflichtentbindung O ja O nein
- Therapien (Logopädie, Ergotherapie, etc.) →Schweigepflichtentbindung O ja O nein
- Jobcenter
- Sonstige: \_\_\_\_\_ →Schweigepflichtentbindung O ja O

## Entbindung von der Schweigepflicht

Name des Kindes / geb. \_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich / entbinden wir \_\_\_\_\_

die pädagogischen, psychologischen, medizinischen und therapeutischen **Fachdienste** und **die Lehrkräfte der Waldtor-Schule** von ihrer Schweigepflicht.

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass die oben erwähnten Mitarbeiter/innen die pädagogischen, psychologischen, medizinischen und therapeutischen Berichte und Unterlagen zur Verfügung gestellt bekommen oder Einsicht nehmen können.

- Hausarzt \_\_\_\_\_
- Kinderarzt \_\_\_\_\_
- Kinderklinik, SPZ \_\_\_\_\_
- Jugendamt \_\_\_\_\_
- Beratungsstelle \_\_\_\_\_
- Therapeuten \_\_\_\_\_

Zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen (Name, Adresse, Telefon)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des / der Erziehungsberechtigten