

Einverständniserklärung zur Beobachtung / Förderdiagnostik im Rahmen der spezialisierten Fachberatung

Betrifft:

Schüler*in (Name, Vorname):

Geburtsdatum:

Schule/Niederlassung:

Schuljahr / Klasse:

- Ich, Unterzeichnete(r)
(Name, Vorname; in Druckbuchstaben)

wohnhaft

(Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Mutter Vater Vormund von oben genanntem Kind,...

...erlaube (bitte ankreuzen und Beteiligte ergänzen)...

den förderpädagogischen Fachberater*innen des Kompetenzzentrums,

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

1

mein Kind zu beobachten, Diagnoseverfahren (Lernstandsdiagnostik, Förderdiagnostik, schulpsychologische Diagnostik) anzuwenden, Gespräche durchzuführen und ausschließlich die für die optimale Förderung meines Kindes relevanten und notwendigen Informationen an die oben bezeichneten Personen/Dienste sowie an die Förderpädagogin und die Schulleitung

 des Kindergartens der Grundschule der Sekundarschule

weiterzuleiten. Die Weitergabe der Informationen wird auf das Nötigste beschränkt und erfolgt unbeschadet des Berufsgeheimnisses. Alle oben bezeichneten Personen/Dienste unterliegen diesbezüglich der Schweigepflicht bzw. engagieren sich verbindlich zur Diskretion. Die Klassenlehrer erhalten ausschließlich die schulisch/unterrichtlich relevanten Informationen.

Ich werde über alle Schritte informiert, erhalte Einsicht in alle personenbezogenen Dokumente und kann zu jedem Zeitpunkt nähere Erläuterungen der einzelnen Beteiligten (sowie die Herausgabe bzw. die Vernichtung der entsprechenden Daten) verlangen. Ich habe das Recht, Berichtigungen sowie meine eigenen Einschätzungen in die Akte eintragen zu lassen.

Datum_____
Name und Vorname der/des Erziehungsberechtigten
(in Druckbuchstaben).....
Unterschrift

Datum

Name und Vorname der Schulleitung
(in Druckbuchstaben)

.....
Unterschrift

Datum

Name und Vorname der(s) Förderpädagog(en)*in
(in Druckbuchstaben)

.....
Unterschrift

Datum

Name und Vorname Förderpädagogische(r) Fachberater*in
(in Druckbuchstaben)

.....
Unterschrift

Datum

Name und Vorname der(s) Mitarbeiter(s)*in anderer Dienste
(in Druckbuchstaben)

2

.....
Unterschrift

Falls das Kind das erforderliche Urteilsvermögen besitzt:

Ja, ich stimme dieser Vereinbarung zu und besitze dieselben Rechte wie meine Erziehungsberechtigten.

Datum

Name und Vorname der(s) Schüler*in
(in Druckbuchstaben)

.....
Unterschrift

Informationen zum Datenschutz

Ihre Daten werden in Anwendung der gesetzlichen Vorgaben verarbeitet, d.h. insbesondere gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (EU) Nr. 2016/679 vom 27. April 2016 und dem Gesetz vom 8. Dezember 1992 über den Schutz des Privatlebens hinsichtlich der Verarbeitung personenbezogener Daten. Das Kompetenzzentrum des Zentrums für Förderpädagogik, Monschauer Straße 26, 4700 Eupen; direktion.zentrum@zfp.be, zeichnet für die vorliegende Datenverarbeitung verantwortlich. Ihre Persönlichkeitsrechte erfahren daher eine besondere Beachtung. In jedem Fall verfügen Sie im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben über folgende Rechte: Auskunft, Berichtigung oder Löschung, Einschränkung der Verarbeitung und Datenübertragbarkeit. Sofern es keine anderslautenden gesetzlichen oder dekretalen Bestimmungen gibt, werden die erhobenen Daten für 6 Jahre gespeichert. Allgemeine Informationen zum Thema Datenschutz erhalten Sie unter datenschutz@zfp.be. Datenschutz-Beschwerden können an die Datenschutzbehörde, Rue de la Presse 35, 1000 Brüssel, gerichtet werden. Für weitere Informationen: <http://www.privacycommission.be>

Es ist möglich, dass von einem/r Schüler*in im Rahmen eines Diagnostikverfahrens Tonaufnahmen gemacht werden. Diese Aufnahmen dienen lediglich zur besseren Feststellung der Les- und Sprachkompetenz und werden nach Abschluss der Diagnostik umgehend gelöscht.