

# Einverständniserklärung zur Beobachtung / Förderdiagnostik im Rahmen der spezialisierten Fachberatung

Die Anfrage zur spezialisierten Fachberatung vom (Datum): \_\_\_\_\_

in dem Bereich: \_\_\_\_\_

für die Schüler:in: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Schule: \_\_\_\_\_

Ich, Unterzeichnete(r), erlaube den förderpädagogischen Fachberater:innen des Kompetenzzentrums,

mein Kind zu beobachten, Diagnoseverfahren (Lernstandsdiagnostik, Förderdiagnostik, schul-psychologische Diagnostik) anzuwenden, Gespräche durchzuführen und ausschließlich die für die optimale Förderung meines Kindes relevanten und notwendigen Informationen an, die Lehrpersonen, die Förderpädagogin und die Schulleitung der oben aufgeführten Schule weiterzuleiten. Die Weitergabe der Informationen wird auf das Notwendige beschränkt und erfolgt unter Beachtung des Berufsgeheimnisses. Alle oben bezeichneten Personen/Dienste unterliegen der Diskretionspflicht.

Ich/Erziehungsberechtigten 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.

## Mutter

Name und Vorname der/des Erziehungsberechtigten (in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_

alleinerziehungsberechtigt

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Vater

Name und Vorname der/des Erziehungsberechtigten (in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_

alleinerziehungsberechtigt

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Andere gesetzliche Erziehungsberechtigt:e

Name und Vorname der/des Erziehungsberechtigten (in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_

Funktion \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobiltelefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

alleinerziehungsberechtigt

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift

## Volljährige Schüler:in:

Ja, ich stimme dieser Vereinbarung zu und bin allein vertretungsberechtigt.

Name und Vorname der Schüler:in (in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift

Bitte senden Sie dieses Formular per Mail an die [Beratung@zfp.be](mailto:Beratung@zfp.be)

oder postalisch an folgende Anschrift:

**Kompetenzzentrum**  
**Hochstraße 104**  
**B-4700 Eupen**

### 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](mailto: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](mailto: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.