

<b>Besonderheiten des Kindes:</b> (freiwillige Angaben)	
Medizinische Diagnosen / notwendige Medikamente	
Allergien/Ernährung	
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Brillenträger <input type="checkbox"/> Hörgeräte <input type="checkbox"/> sonstige

**Vor der Einschulung durchgeführte Maßnahmen** (freiwillige Angaben):  
(Name der Einrichtung, Ansprechpartner, Tel.-Nr.)

Ergotherapie  
 Logopädie  
 Psychomotorik  
 Kinder- und Jugendpsychiatrie

---



---



---

Mit der Weitergabe von Informationen der Schule an die/den o.g. Ansprechpartner bin ich/sind wir einverstanden.

---

Datum Unterschrift der / des Erziehungsberechtigten

**Bei Zuzug**

Adresse der abgebenden Schule: \_\_\_\_\_

---

**Datenschutzerklärung**

Die Schule erhebt und speichert personenbezogene Daten der Schülerinnen und Schüler und der Erziehungsberechtigten zum Zwecke der **Erfüllung des Bildungsauftrags** oder der **Fürsorgeaufgaben**, zur **Erziehung** oder **Förderung** der Schülerinnen und Schüler oder zur Erforschung oder Entwicklung der **Schulqualität**, soweit dies erforderlich ist. Rechtsgrundlage dieser Verarbeitung ist § 31 Abs.1 Satz 1 des Niedersächsischen Schulgesetzes (NSchG).

Zur Vereinbarung eines Termins für die Schuleingangsuntersuchung Ihres Kindes geben wir Ihre persönlichen Daten (Name, Adresse, Telefonnummer) an die/den zuständigen Mitarbeiter der Jugendmedizin Gehrden weiter.

**Kenntnisnahme:** \_\_\_\_\_

Datum Unterschrift

Ein ausführliches Informationsschreiben zum Datenschutz erhalten Sie auf Wunsch mit dieser Anmeldung oder können es auf unserer Homepage nachlesen.