

Anmeldeformular

Projektbezeichnung	Alternatives Lernangebot - Schulabsentismus
Projektname	Learn4Life
Träger	IB Mitte gGmbH für Bildung und soziale Dienste
Adresse und Ort	Cottbuser Straße 28-30, 02826 Görlitz
Kooperationsschule	Oberschule Innenstadt Görlitz

Hinweise zur Anmeldung

Dieses Formular dient der Erfassung der notwendigen Daten zur individuellen Prüfung einer möglichen Teilnahme am Projekt „Learn4Life“. Eine verbindliche Aufnahme erfolgt erst nach einem persönlichen Erstgespräch sowie der Genehmigung durch das Landesamt für Schule und Bildung (LaSuB).

Angaben zur teilnehmenden Person

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift:
(Straße, Hausnr., PLZ, Ort) _____

Klassenstufe: _____

Schulpflicht erfüllt im Jahr: _____

Stammschule: _____

Mein Kind/unser Kind befindet sich zurzeit in folgender Behandlung:

☐ ärztlicher ☐ therapeutischer ☐ psychologischer

Datum des Erstgespräches: _____

Gewünschtes Eintrittsdatum: _____

Angaben zu den Sorgeberechtigten

(Bitte nach Möglichkeit von beiden Elternteilen ausfüllen.)

Sorgeberechtigte Person 1 (z.B. Mutter / Vater / Vormund)

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____
Straße, Hausnr., PLZ, Ort) _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Sorgeberechtigte Person 2 (falls zutreffend)

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____
Straße, Hausnr., PLZ, Ort) _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Angaben zur schulischen Kontaktperson

Name, Vorname: _____

Funktion: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

☐ Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass das Projekt Learn4Life zum Zweck der Anmeldung und weiteren Abstimmung Kontakt mit der oben genannten Person aufnimmt.

Datenschutz und Einwilligung

- ☐ Ich willige / Wir willigen ein, dass der Maßnahmeträger (IB Mitte gGmbH) die im Rahmen dieses Formulars erhobenen personenbezogenen Daten meines Kindes sowie die Daten der Sorgeberechtigten zum Zweck der Prüfung, Vorbereitung und Durchführung des Aufnahmeverfahrens verarbeitet. Die Verarbeitung erfolgt gemäß den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen, insbesondere der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Die Einwilligung umfasst insbesondere den erforderlichen Austausch mit der Stammschule, dem Landesamt für Schule und Bildung (LaSuB) sowie weiteren beteiligten Stellen im Rahmen des Aufnahmeverfahrens. Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung bleibt hiervon unberührt.

Erklärung der Sorgeberechtigten

- ☐ Hiermit beantrage ich / beantragen wir die Prüfung einer möglichen Teilnahme meines / unseres Kindes am Projekt Alternatives Lernangebot „Learn4Life“. Mir / uns ist bekannt, dass mit der Abgabe dieses Formulars noch keine verbindliche Zusage zur Teilnahme verbunden ist.

Ort, Datum: _____

Unterschrift
teilnehmende Person: _____

Unterschrift
Sorgeberechtigte Person 1: _____

Unterschrift
Sorgeberechtigte Person 2: _____
(falls zutreffend)