**Einwilligung zur Weitergabe Ihrer Kontaktdaten**

**von der Schule an die Schulsozialarbeit**

**Name der Schule:**

**Adresse:**

Sehr geehrte Sorgeberechtigte, liebe SchülerInnen,

unsere Schule wird im Rahmen des Landesprogramms Schulsozialarbeit in Thüringen, in regionaler Verantwortung des ZwiWel-Zwischenwelten e.V. unterstützt.

In diesem Programm sind SchulsozialarbeiterInnen an Schulen tätig, um Kinder und Jugendliche bei der Bewältigung ihres Schulalltags zu unterstützen und sie in ihrer persönlichen Entwicklung zu bestärken. Sie helfen und beraten zum Bespiel in Krisensituationen und stehen als Vertrauensperson für junge Menschen in schwierigen Lebenslagen zur Verfügung. Zu ihren Aufgaben zählt auch die Förderung des sozialen Lernens sowie der Konfliktbewältigung und der Teilhabe. Sie schaffen Bildungs- und Freizeitangebote, gestalten Übergänge, unterstützen Elternhäuser und arbeiten mit ihnen zusammen.

Um im Rahmen ihrer Aufgaben mit Ihnen in Verbindung treten zu können, benötigt die/der an ihrer Schule tätige SchulsozialarbeiterIn Ihre Kontaktdaten.

**Einwilligungserklärung**

Hiermit willige(n) ich/wir ein, dass die durch mich/uns der \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Schule) bekannt gegebenen Kontaktdaten (Adresse, E-Mail, Telefonnummer) durch diese an den/die SchulsozialarbeiterIn \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

des nachfolgenden Trägers: ZwiWel- Zwischenwelten e.V.

Bergstraße 20/21

99947 Bad Langensalza

weitergeben werden und im Rahmen der Aufgaben der Schulsozialarbeit zur persönlichen Kontaktaufnahme genutzt werden dürfen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift Sorgeberechtigte/ SchülerIn (mit Vollendung des 16. Lebensjahres)

Mir/Uns ist bekannt, dass diese Einwilligungserklärung jederzeit schriftlich gegenüber dem Träger der Schulsozialarbeit widerrufen werden kann.

Ohne einen Widerruf gilt die Einwilligung für den Zeitraum des Schulbesuchs.

**Entbindung von der Schweigepflicht**

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Name, Vorname SchülerIn | Geburtsdatum |
|  | |
| Anschrift |  |
|  | |
| Ort, Datum | Unterschrift SchülerIn |
|  | |
| ggf. Name, Vorname Personensorgeberechtigte/r | Unterschrift |
|  | |
| ggf. Name, Vorname Personensorgeberechtigte/r | Unterschrift |
|  |  |

Hiermit erteile ich/erteilen wir **eine wechselseitige Entbindung** von der Schweigepflicht für die SchulsozialarbeiterIn der oben genannten Schule

und

* den LehrerInnen sowie der Schulleitung/Sekretariat
* den MitarbeiterInnen des Allgemeiner Sozialer Dienst (des zuständigen Jugendamtes)
* der/dem FamilienhelferIn
* der/dem MitarbeiterIn der Familien- und Erziehungsberatungsstelle
* der Schulpsychologin/ dem Schulpsychologen

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum , Unterschrift Eltern/Sorgeberechtigte

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift SchülerIn (mit Vollendung des 16. Lebensjahres)