

**Antrag auf Zurückstellung vom Schulbesuch für das Schuljahr 20..../20....  
gemäß § 51 Abs. 2 BbgSchulG**

<b>Angaben zum Kind</b>		
Nachname	Vorname	
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	
Name und Anschrift der bisher besuchten vorschulischen Einrichtung	Telefon mit Vorwahl	E-Mail
<b>Angaben zu den Sorgeberechtigten</b>		
Stellung des Kindes zum Antragsteller		
Nachname	Vorname	Sorgeberechtigte/-r <input type="checkbox"/>
Straße und Hausnummer		
Postleitzahl	Wohnort	Ortsteil
Telefon mit Vorwahl und Hinweis auf zeitliche Erreichbarkeit	E-Mail (priv.)  E-Mail (dienstl.)	
Nachname	Vorname	Sorgeberechtigte/-r <input type="checkbox"/>
Straße und Hausnummer		
Postleitzahl	Wohnort	Ortsteil
Telefon mit Vorwahl und Hinweis auf zeitliche Erreichbarkeit	E-Mail (priv.)  E-Mail (dienstl.)	
<b>Begründung des Antrages</b>		
Begründung (Anlagen beifügen)		

**beigefügte Anlagen**

- fachärztliche Diagnosen
- Erfassungsbogen der „Grenzsteine der Entwicklung“
- Ergebnisse der Sprachstandsfeststellung
- Berichte der Kita/Tagesmutter

Datum	Unterschrift Antragsteller/Sorgeberechtigte

---

*wird von der Schulleiterin/dem Schulleiter ausgefüllt*

---

**Beauftragung der Durchführung des Zurückstellungsverfahrens**

In das Rückstellungsverfahren einbezogene Lehrkraft/Lehrkräfte	
Datum der Beauftragung	Unterschrift Schulleiterin/Schulleiter

**Einwilligung zur Schweigepflichtentbindung, Gestattung zur Akteneinsicht sowie zur  
Überprüfung und Verarbeitung personenbezogener Daten**

Name, Vorname der Sorgeberechtigten: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ /Ortsteil: \_\_\_\_\_

Hiermit erteile ich / erteilen wir unsere Einwilligung, dass Frau / Herr \_\_\_\_\_

mit der zuständigen Mitarbeiterin / dem zuständigen Mitarbeiter (bitte jeweils genaue Bezeichnung):

**Bitte Entsprechendes ankreuzen:**

- des Jugend – und Sozialamtes \_\_\_\_\_
- des Kinder- und Gesundheitsdienstes  
im Gesundheitsamtes \_\_\_\_\_
- der schulpyschologischen Beratung \_\_\_\_\_
- der vorschulischen Einrichtungen \_\_\_\_\_
- therapeutischer Einrichtungen \_\_\_\_\_
- anderer Einrichtungen \_\_\_\_\_

über mein / unser Kind: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

von der Schweigepflicht (im Sinne einer gegenseitigen Schweigepflichtentbindung) entbunden wird. Darüber hinaus wird gestattet, dass die jeweils zuständigen Personen im Rahmen des Verfahrens zur Zurückstellung vom Schulbesuch in zweckdienliche Unterlagen Einsicht nehmen dürfen.

Hinweis: In Zusammenhang mit der Durchführung des Verfahrens zur Zurückstellung vom Schulbesuch besteht keine Verpflichtung zur Schweigepflichtentbindung. Entsprechend wird das Verfahren auch durchgeführt, wenn keine oder nur eine auf einzelne Einrichtungen bezogene Schweigepflichtentbindung erteilt wird. Die Schweigepflichtentbindung kann jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Zugleich wird in die Übermittlung und weitere Verarbeitung der auf der Grundlage der Schweigepflichtentbindung gewonnenen personenbezogenen Daten meines/unseres Kindes für die unmittelbaren Zwecke des Verfahrens zur Zurückstellung vom Schulbesuch eingewilligt.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte/-er