Information über die Aufzeichnung personenbezogener Daten
und Einverständniserklärung

Ort, Datum

Adresse

Adresse

Adresse

Adresse

Sehr geehrte Eltern, sehr geehrte Erziehungsberechtigte, sehr geehrte Damen und Herren,

In der Klasse Ihres Kindes / in der Heilpädagogischen Früherziehung / in der Logopädie absolviert ein Student, eine Studentin der Pädagogischen Hochschule FHNW ein Praktikum.

Für die Ausbildung der Studierenden werden Teile des Unterrichts / der Förderung / der Therapie auf Video oder mit einem Audioaufnahmegerät aufgezeichnet. Bei diesen Aufzeichnungen ist nicht auszuschliessen, dass auch Ihr Kind aufgenommen wird / auch Sie aufgenommen werden. Die Pädagogische Hochschule FHNW sichert Ihnen zu, dass diese Daten vertraulich gehandhabt werden, die Persönlichkeitsrechte aller Beteiligten gewahrt, alle Datenschutzrichtlinien strikt eingehalten und nie irgendwelche Informationen oder Daten an aussenstehende Dritte weitergegeben werden. Die Daten werden nur für die Nachbereitung des Praktikums verwendet und daher ausdrücklich nicht veröffentlicht. Alle Daten, die nicht anonymisiert sind, werden nach Abschluss der begleitenden Lehrveranstaltung gelöscht. Während des Semesters werden die Daten von dem, der Studierenden aufbewahrt. Nach Semesterende werden die Daten gelöscht.

Ich bitte Sie, auf der anhängenden Bestätigung mit Ihrer Unterschrift der Erhebung der Daten zuzustimmen. Für Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

(simone.kannengieser@fhnw.ch)

Wir danken Ihnen sehr für Ihre Unterstützung!

Mit freundlichen Grüssen

|  |  |
| --- | --- |
| Pädagogische Hochschule FHNWInstitut Spezielle Pädagogik und PsychologieProf. Berufspraktische Studien und ProfessionalisierungSimone Kannengieser\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Name und Unterschrift der Studentin, des Studenten\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

# Erklärung der Eltern/Erziehungsberechtigten, des Patienten, der Patientin

Name und Vorname der Schülerin, des Schülers / des Kindes / der Patientin, des Patienten:

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

Name und Vorname des gesetzlichen Vertreters und/oder der gesetzlichen Vertreterin:

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

Bitte ankreuzen:

* Ich stimme der Erhebung der Daten für den beschriebenen Zweck zu. Die Einverständniserklärung gilt bis auf Widerruf.

oder

* Ich stimme der Erhebung der Daten NICHT zu.

Ort, Datum Unterschrift

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

**Bitte geben Sie das Formular an die Studentin, den Studenten ab.**