Information über die Aufzeichnung personenbezogener Daten
und Einverständniserklärung

Ort, Datum

Adresse

Adresse

Adresse

Adresse

Sehr geehrte Eltern bzw. Erziehungsberechtigte

In der Klasse Ihres Kindes unterrichtet ein Student/eine Studentin der Pädagogischen Hochschule FHNW.

Um nachträglich den Verlauf des Unterrichts analysieren und besser verstehen zu können, werden Teile des Unterrichts auf Video oder mit einem Audioaufnahmegerät aufgezeichnet. Bei diesen Aufzeichnungen ist nicht auszuschliessen, dass auch Ihr Kind aufgenommen wird. Die Pädagogische Hochschule FHNW sichert Ihnen zu, dass diese Daten vertraulich gehandhabt werden. Sie werden nur für die Nachbereitung des Praktikums durch die beurteilenden Personen sowie zur Analyse der Qualität des Studiengangs durch die Institutsleitung bzw. deren Mitarbeitende verwendet und danach gelöscht. Die Film- oder Audioaufnahmen werden ausdrücklich nicht veröffentlicht.

Wir bitten Sie daher, auf der anhängenden Bestätigung mit Ihrer Unterschrift den Aufnahmen im Unterricht zuzustimmen. Für Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung (videoportfolio.ip.ph@fhnw.ch).

Mit bestem Dank für Ihre Unterstützung und freundlichen Grüssen

|  |  |
| --- | --- |
| Pädagogische Hochschule FHNWInstitut Primarstufe Tanja Faëdi und Martina Rüefli[Modulverantwortliche Videoportfolio]\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Name und Unterschrift der Studentin, des Studenten\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

# Erklärung der Eltern/Erziehungsberechtigten

Name und Vorname der Schülerin / des Schülers:

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

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

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

Bitte ankreuzen:

* Ich stimme der Aufnahme im Unterricht für den beschriebenen Zweck zu.

oder

* Ich stimme der Aufnahme im Unterricht NICHT zu.

Ort, Datum Unterschrift

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

**Bitte geben Sie das Formular an die Studentin resp. den Studenten in der Klasse Ihres Kindes ab.**